

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE ^{N°} 274

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PESCHARD, Louis-Jacques-René

Né le 4 Août 1910, à TIGY (Loiret)

INFLUENCE PRÉDOMINANTE
des Facteurs Sociaux et Psychiques

SUR

L'Évolution de la Tuberculose Pulmonaire
dans la Puerpéralité

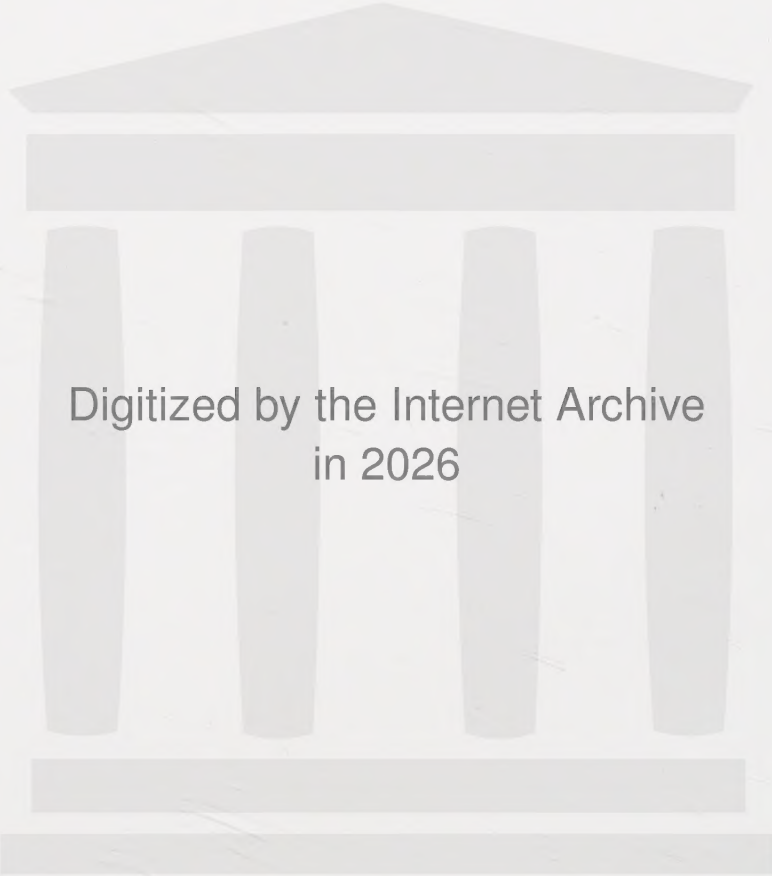
Président : M. BEZANÇON, Professeur

IMPRIMERIE NIDOT & C^{ie}

14, Rue Pache, 14

PARIS (XI^e)

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PESCHARD, Louis-Jacques-René

Né le 4 Août 1910, à TIGY (Loiret)

INFLUENCE PRÉDOMINANTE

des Facteurs Sociaux et Psychiques

SUR

L'Évolution de la Tuberculose Pulmonaire
dans la Puerpéralité

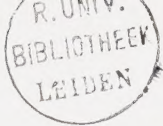
Président : M. BEZANÇON, Professeur

IMPRIMERIE NIDOT & C^{ie}

14, Rue Pache, 14

PARIS (XI^e)

1936



LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE,
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri).
Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.
Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).
Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD .. Histologie.
CATHALA ... Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
GALLIARD .. Parasitologie.
GASTINEL ... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.
Pathologie
chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU . Pathologie médicale.
HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN .. Anatomie pathologique
JOANNON ... Hygiène.
LABBE (Henri) Chimie biologique.
LACOMME ... Obstétrique.
LANTUEJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY . Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.
Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .
Pathologie chirurgicale
MOUQUIN ... Pathologie médicale.
OBERLING .. Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie
chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE ... Pathologie chirurgicale
TROISIER ... Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH ... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.
Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.
Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT ...	
BRULE		GATELLIER..	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ..	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER ..	
LEVY-SOLAL.	
METZGER ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR, A MES FRERES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Le Professeur BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique de la Tuberculose
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage d'admiration, de profonde
reconnaissance et de respectueux
attachement.*

A Monsieur le Docteur BRAUN

*Qui nous a inspiré ce travail. En
témoignage de respectueuse affec-
tion et de vive gratitude.*

A Madame le Docteur FREY-RAGU

*Qui nous a tant facilité la réalisation
de notre étude.
Hommage de notre profonde recon-
naissance et de notre entier dévoue-
ment.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé Paul GUENIOT

*En témoignage de reconnaissance et de
respectueux attachement.*

A Monsieur le Professeur Agrégé Etienne BERNARD

*Notre premier Maître, en témoignage
de notre fidèle et très respectueuse
gratitude.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur BEZANÇON.

Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur Agrégé AUBERTIN.

Monsieur le Professeur Agrégé FREDET.

Monsieur le Professeur LEREBOULLET.

Externat

Monsieur le Docteur PICOT.

Monsieur le Professeur BEZANÇON.

Monsieur le Professeur agrégé GUENIOT.

Monsieur le Professeur BEZANÇON.

A Messieurs les Docteurs OUMANSKY, DREYFUS
LE FOYER, LEURET et PALMER.

INFLUENCE PRÉDOMINANTE DES FACTEURS SOCIAUX ET PSYCHIQUES SUR L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DANS LA PUERPÉRALITÉ

CHAPITRE PREMIER

La grossesse a-t-elle une influence sur la tuberculose pulmonaire ? Est-elle une cause d'éclatement de la maladie, joue-t-elle un rôle dans le réveil des lésions, aggrave-t-elle une forme évolutive ?

De tout temps, des opinions ont été émises sur ces questions. Depuis Hippocrate, des noms illustres ont soutenu soit l'influence néfaste de la grossesse survenant chez la tuberculeuse, soit, au contraire, l'influence heureuse de la maternité.

L'historique de ces controverses a été fait dans toutes les études parues sur la question. Il nous paraît inutile de rapporter, une fois de plus, les opinions anciennes. L'opinion certes des anciens auteurs est non négligeable, ils furent d'admirables observateurs, on l'oublie trop souvent aujourd'hui, mais leur étude est faite sur la phtisie, terme vague dans lequel on englobait, autrefois, de nombreuses affections qui n'ont rien à voir avec la maladie due au bacille de Koch, et, en tout cas, sur les formes graves de la tuberculose, les seules décelables par les procédés d'investigations de leur époque.

Par contre, il nous paraît indispensable d'insister, une fois

de plus, sur ce qui a été dit depuis la fin du XIX^e siècle jusqu'à nos jours.

C'est, qu'en effet, vers 1890, une opinion rallie peu à peu les auteurs. Des observations nombreuses, indiscutables semblent-il, montrent l'influence aggravante de la grossesse.

Cette notion se répand rapidement, appuyée par des autorités incontestables. Actuellement encore cette idée de l'action néfaste de la grossesse sur la tuberculose, devenue courante, s'est généralisée ; or, de l'avis de toutes les écoles, même les plus pessimistes, il est admis qu'il existe de nombreux cas où cette influence fâcheuse ne joue pas.

Voici les idées exposées, en France, depuis une cinquantaine d'années sur la question.

TARNIER interdit le mariage aux jeunes filles délicates qui ont des tuberculeux dans leur famille. RENON va même jusqu'à défendre les rapports conjugaux. RIBEMONT-DESSAIGNE, LEPAGE, BUDIN observent surtout les évolutions du post partum.

L'opinion d'avant guerre, en France, peut être résumée par les conclusions du rapport de BAR, adoptées au Congrès de Rome de 1912.

« Dans la plupart des cas : la grossesse est une cause de réveil de tuberculose pulmonaire latente, d'aggravation d'une tuberculose en évolution. »

Dans les pays étrangers, les conclusions sont à peu près identiques, et même au Congrès de Munich et à la Conférence de Berlin, en 1914, on ne discute plus de l'action aggravante de la grossesse sur la tuberculose, la question est tranchée, la discussion porte uniquement sur la technique de l'interruption de cette grossesse.

Pour être juste, il faut noter que l'unanimité n'était cependant pas faite sur la question. Pinard, apportant son opinion au Congrès de Rome de 1902, dit : « L'état gravide n'est pas dans la majorité des cas le coup de fouet qui aggrave les lésions ; celles-ci évoluent avec la même intensité chez

la tuberculeuse gravide que chez celle dont l'utérus est vide. »

BONNAIRE ne constate pas non plus que la grossesse soit la cause d'éclatement de la tuberculose.

Après guerre la question s'élargit considérablement. Les accoucheurs, les phthisiologues étudient, s'efforcent de publier des statistiques. Beaucoup nous paraissent insuffisantes. En effet, souvent constituées à l'aide de documents non accumulés par le statisticien lui-même, leur interprétation nous paraît très délicate et peut être faite de façon complètement opposée, suivant que les cas sont rassemblés par tel ou tel auteur.

Et même lorsque les documents sont recueillis par un seul clinicien, dans les statistiques ainsi établies se glissent des causes d'erreurs inévitables tenant aux conditions dans lesquelles se trouve l'observateur. Rien n'est plus différent d'une statistique établie dans une maternité, où ce sont les évolutions du post partum qui sont surtout observées, que celles établies dans les sanatoriums, dans les consultations ou les salles d'hôpital.

Ces statistiques sont venues trop tôt, avant que les examens systématiques, tels que l'exige la prophylaxie antituberculeuse soient suffisamment développés.

Ainsi, nombre de malades ont échappé à ces études, car méconnus. Or il semble que ces cas aient un gros intérêt. La prophylaxie antituberculeuse nous montre, en effet, un nombre considérable de formes qui n'évoluent pas sous l'influence de la grossesse. C'est grâce aux liaisons entre maternités et centres de phthisiologie, liaisons qui sont aujourd'hui organisées, qu'on voit ces cas (1).

(1) Il convient ici de rendre hommage au rôle important joué dans ces liaisons par les infirmières du Service Social à l'hôpital.

Nous avons pu apprécier leur action, et nous tenons, ici, à remercier le Service Social du centre de triage de l'hôpital St.-Antoine, qui a facilité la liaison avec les maternités, et qui nous a fourni de précieux renseignements pour cette étude sur les conditions générales de nos malades.

Nombreuses sont les consultations de femmes enceintes qui dirigent les malades à antécédents personnels suspects, à hérédité chargée vers les consultations spéciales de tuberculose où les formes latentes sont dépistées. Ces « malades » (1) mises en surveillance, mènent leur grossesse dans les meilleures conditions, et l'élevage du nourrisson peut être envisagé de la manière la plus favorable. La séparation d'avec une mère contagieuse, le placement de l'enfant, peuvent être préparés à l'avance, envisagés de la façon la plus propice et non d'une manière rapide, trop souvent défectueuse, car improvisée.

Après la IV^e Conférence de l'Union Internationale de la Tuberculose (Lausanne, 1924), les statistiques, en particulier celles du Professeur FORSSNER, de Stockholm, rapporteur, furent discutées. On reprocha de faire des comparaisons de groupes de malades, choisies dans des conditions non superposables.

Aussi ne relèverons-nous du rapport du Professeur FORSSNER que des opinions ne découlant pas uniquement de l'étude de chiffres, mais pour la plus grande part de l'étude de faits. En particulier, examinant le retentissement de la grossesse sur la tuberculose, chez des femmes vivant dans des conditions générales opposées, il trouve que ce retentissement est variable suivant les conditions d'existence des malades et dit :

« Il faut savoir si cette différence provient de la gestation en tant qu'acte physiologique, ou des circonstances sociales qui accompagnent la maternité. »

Plus loin, il ajoute :

« La méprise commise par quantité d'auteurs, consiste à

(1) L'examen de la famille du tuberculeux, alors même qu'il a disparu depuis plusieurs années, révèle la fréquence de ces malades qui s'ignorent.

Pour la femme enceinte en particulier, chez laquelle l'examen prophylactique est l'occasion de la découverte de modifications pulmonaires uniquement radiographiques, le terme du malade peut paraître injustifié.

avoir méconnu que la tuberculose est une maladie grave et non une légère indisposition, cette tuberculose par sa nature propre, en dehors de toute complication obstétricale s'aggrave dans de nombreux cas et conduit même à la mort. Il est donc complètement faux de prétendre que toute aggravation apparaissant au cours d'une gestation est causée par cette gestation ».

Depuis la Conférence de Lausanne, les études se sont poursuivies. En France l'accord n'est pas réalisé, cependant les partisans de la théorie de l'aggravation, limitent leurs interventions thérapeutiques et admettent que le rôle néfaste de la grossesse ne s'exerce pas dans tous les cas.

Dans le beau travail, réalisé à la clinique Tarnier par Mme Simonne KOURILSKY, nous relevons les conclusions suivantes :

« L'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire
« est nulle dans les formes cicatricielles, modérée dans les
« formes infiltrantes ou cavitaires torpides, bien traitées médicalement et suffisamment anciennes.

Pour l'avortement thérapeutique, il serait réservé :

« 1° aux formes évolutives récentes, subaigues, limitées,
« susceptibles de traitement médical et collapsothérapie ;

« 2° aux poussées évolutives discrètes mais bilatérales,
« non susceptibles de collapsothérapie.

« 3° aux poussées évolutives récentes survenant au cours
« d'une tuberculose fibro-ulcéreuse chronique, limitée et
« encore curable ;

« 4° aux très grosses lésions ulcéro-fibreuses, même apparemment bien équilibrées. »

Les indications sont donc limitées, nous sommes loin de l'intervention systématique préconisée, chez les tuberculeuses au Congrès de Berlin.

Notre but a été de rechercher si l'aggravation de la tuberculose qui est constatée à l'occasion de la grossesse, quand elle existe, peut lui être reprochée, s'il n'y a pas des facteurs d'éclatement ou d'évolution autres que les modifications de l'organisme apportées par la gestation et le post partum.

CHAPITRE II

DE LA VALEUR DE L'ENFANT ISSU DE PARENTS TUBERCULEUX

Avant d'aborder l'étude de notre question, il nous paraît utile de discuter et d'éliminer un argument longtemps retenu par les interventionnistes : la valeur du produit de conception.

L'interruption de la grossesse serait justifiée, pour beaucoup, par l'insuffisance ou la valeur nulle du produit obtenu.

Les nombreux travaux parus sur la question sont presque unanimes aujourd'hui, pour affirmer qu'un enfant né de tuberculeux, n'est pas tuberculeux, et ne présente pas de dispositions spéciales à le devenir. S'il y a des cas de tuberculoses congénitales, ces cas sont rarissimes et ne se voient que dans certaines conditions.

Voici un bref résumé des étapes par où a passé cette question et son état actuel.

Avant 1890, on pensait que la tuberculose était une maladie héréditaire. Mais depuis les beaux travaux de VILLEMEN (1867), la célèbre découverte du bacille tuberculeux par KOCH (1882), on établit que la tuberculose, maladie infectieuse, est avant tout contagieuse. Cette notion, avec GRANCHER, HUTINEL, KUSS, paraissait bien établie quand des

travaux récents remirent en discussion la question d'hérédité.

L'hérédité.

Comment peut-on concevoir le passage du bacille des parents à l'enfant ?

- 1° ou bien les cellules germinales présentent des bacilles ;
- 2° ou bien la mère a des bacilles dans son sang et ces microbes passeront à travers le placenta ;
- 3° la question du virus filtrant.

La possibilité pour les cellules germinales d'apporter le bacille est réelle.

L'ovule peut renfermer des bacilles, cela a été démontré ; mais cet ovule est-il fécondable ? Aucune observation ne le prouve.

Quand au sperme, si des examens minutieux ont mis en évidence la présence de B.K., jamais on n'a pu voir de bacilles dans un spermatozoïde.

L'hérédité germinale ne semble donc pratiquement pas exister.

La contagion transplacentaire existe-t-elle ?

Une condition nécessaire est la présence de B.K. dans le sang de la mère. Est-ce fréquent ? Les auteurs ayant étudié la question semblent avoir trouvé la présence de B.K. dans des conditions bien spéciales, dans des formes aiguës généralisées dans des poussées évolutives graves, rarement dans des formes chroniques. Mais si cette bacillémie est une condition nécessaire, est-elle suffisante pour imposer le passage transplacentaire ? C'est surtout une tuberculose du placenta que réalise la présence de bacilles dans le sang maternel, et celle-ci n'implique pas une tuberculisation foetale.

Mais même si le placenta n'est pas tuberculeux, même un placenta sain peut laisser passer des microbes ; des leucocytes passent bien, ils peuvent contenir des bacilles.

Des notions d'acquisition récente, posent la question de l'existence d'un virus filtrant tuberculeux. C'est MUCH, en 1908, qui remarque, dans les cultures de B.K., la présence de granulations prenant le Gram. C'est FONTÈS, en 1910, qui montre que ces granulations par inoculations successives permettent de retrouver le bacille acido-résistant typique. C'est VAUDREMER, en 1922, qui reprend les travaux de FONTÈS, puis de nombreux auteurs qui les vérifient. Cet ultra virus qui traverse les filtres est capable de traverser le placenta. La contamination foetale par l'ultra virus tuberculeux serait donc possible.

D'une part, le bacille pourrait passer sous sa forme acido-résistante, d'autre part, sous sa forme filtrante.

Que montre l'observation des produits susceptibles d'avoir été contaminés par le passage transplacentaire, du bacille, de l'ultra virus ?

Le tuberculeux congénital bacillaire, vient mort-né ou bien vit seulement quelques jours. Dans de très rares cas, il a pu vivre deux ou trois mois, jamais au delà. Il faut insister d'ailleurs sur le fait que ces cas de transmission sont l'exception, que d'après les publications du monde entier, en 1922, WITHMANN et GREEN, relevaient 113 cas authentiques et 519 douteux de cette forme de contamination.

Et le tuberculeux congénital par ultra virus ? Chez l'animal, il semble que l'ultra virus ne manifeste qu'une virulence atténuée. Chez l'homme, son action est discutable et mal établie. On en est réduit à des hypothèses. Pratiquement son influence est nulle comme le montre l'observation des enfants nés de tuberculeux mais séparés aussitôt de leur mère comme nous le verrons tout à l'heure.

Mais si l'hérédité de graine est pratiquement inexistante, l'enfant issu de parents tuberculeux ne présente-t-il pas une hérédoprédisposition à la maladie ?

Cette notion de l'hérédité de terrain a été longuement discutée. LANDOUZY, en particulier, s'est fait le champion de

cette idée. Aucun argument dans cette théorie n'est démonstratif.

Que montre l'observation des enfants issus de tuberculeux, séparés dès la naissance ou avant contamination ?

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter la réponse à cette question à la si belle thèse du Docteur LELONG (1).

« Parmi les enfants issus de tuberculeux, il faut faire deux parts : l'une, la plus faible, comprend des enfants qui meurent précocement, dans les premiers mois ; l'autre, la plus grande, comprend des enfants qui vivent.

La mortalité précoce est variable. L'analyse de chaque observation, les autopsies, les examens histologiques, les inoculations nombreuses que nous avons pratiquées, apportent la certitude qu'on ne peut mettre en cause une hypothétique contamination bacillaire transplacentaire, ni une hérédité de terrain.

Les morts résultent presque toujours des conditions d'élevage, forcément toujours artificielles, en commun loin de la mère (suppression de l'allaitement maternel, privation des petits soins maternels, insuffisance d'isolement). Les causes sont dans le milieu extérieur à l'enfant : ce sont les maladies banales de crèches, les unes expliquées cliniquement, les autres mystérieuses dans leur étiologie, mais tristement réelles.

.....

De l'observation jusqu'à l'âge de cinq ans des enfants séparés dès la naissance, on peut conclure :

a) La tuberculose pulmonaire peut être une cause d'accouchement prématuré. Cependant, les tuberculeuses avancées, fébriles très évolutives au moment de la grossesse, seules, sont causes de prématuration. Quand il naît viable, le prématuré peut se développer normalement.

b) Le poids de naissance des enfants de tuberculeux est très voisin de celui des enfants issus de parents sains.

.....

La tuberculose ne retentit sur le poids de l'enfant que dans la mesure où elle altère les conditions générales de la mère ; elle agit

(1) *Thèse de Paris*, 1925.

comme une cause banale de débilitation, non comme une cause spécifique.

c) A la naissance, l'enfant issu de tuberculeux ne présente pas plus fréquemment que les autres de malformations ou de dystrophies congénitales.

d) Il croît et se développe comme un enfant sain, placé dans les mêmes conditions de milieu ».

De même pour le poids, la taille, la résistance aux maladies et à l'égard de la tuberculose acquise.

L'enfant né de tuberculeux semble donc un enfant normal et comme tel, si l'influence de la grossesse sur la tuberculose n'est pas néfaste, sous certaines conditions, ce que nous allons voir dans un instant, on a le devoir de ne pas déconseiller la grossesse, de la laisser évoluer une fois installée, de tout faire pour la mener à bien, ensuite tout mettre en œuvre pour soustraire l'enfant à la contagion, en le mettant toutefois dans les conditions optima d'élevage dans les premières années.

CHAPITRE III

MODIFICATIONS APPORTEES A L'ORGANISME MATERNEL PAR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

La grossesse apporte-t-elle à l'organisme maternel des modifications susceptibles d'avoir une influence sur la tuberculose ?

I. — Modifications susceptibles d'avoir une influence défavorable pendant la grossesse

On a insisté sur la décalcification des femmes gravides. Est-ce que cette décalcification ne crée pas un terrain favorable ? Il ne semble pas que les femmes, chez qui nous voyons les gros troubles qu'entraîne la déperdition du calcium de l'organisme, relâchement douloureux des symphyses, etc., fassent plus facilement des évolutions tuberculeuses.

Certains parlent de modifications des sécrétions endocrines, les uns font intervenir la surrénale et voient là l'origine de la décalcification.

Des auteurs enfin, insistent sur les modifications apportées au corps thyroïde par la vie génitale de la femme.

Les recherches sur la question sont fort intéressantes, mais tout ce qui touche aux glandes endocrines est très complexe

et demande encore une mise au point. D'ailleurs, nous verrons dans la deuxième partie de cet exposé, que si des facteurs endocriniens peuvent jouer un rôle dans la prédisposition aggravante, des facteurs de même ordre peuvent avoir une action bienfaisante.

La femme enceinte présente des modifications chimiques sanguines, en particulier une hypercholestérolémie. Peut-on tirer de ce fait par rapprochement avec l'augmentation de cholestérine trouvée chez les tuberculeux, une indication de prédisposition de terrain ?

Enfin l'on a constaté pendant la gestation une anergie tuberculinique. Nous avons fait des recherches dans ce sens. Sur une échelle assez limitée, il est vrai, nous avons pratiqué des cuti-réactions. Nous avons pratiqué ces tests, d'une part chez des femmes enceintes normales et d'autre part chez des femmes enceintes tuberculeuses.

Voici nos résultats :

Femmes enceintes normales			Femmes enceintes tuberculeuses		
CUTI			CUTI		
+			+		
—			—		
8 examens			3 examens		
au 6 ^e mois	3	5	au 6 ^e mois	1	2
11 examens			5 examens		
au 9 ^e mois	8	3	au 9 ^e mois	2	3
Pour ces 11 derniers les seuls suivis pas de virage ni + ni — après l'accouchement.					

Que conclure ? Il ne nous semble pas que pendant la grossesse l'allergie tuberculinique disparaisse. Bien que notre étude porte sur un petit nombre de cas et qu'on puisse invoquer la loi des séries, il n'en reste pas moins vrai que chez des femmes enceintes l'on rencontre des cuti-réactions positives. D'ailleurs à la Conférence de Lausanne de 1924, le regretté Professeur Léon BERNARD disait : « C'est abusivement que

l'on a invoqué l'action spécifique anergissante de la gestation à l'appui de la théorie qui attribue à cet état une influence pernicieuse à peu près constante sur la tuberculose ».

II. — Modifications susceptibles d'avoir une influence favorable pendant la grossesse

Si les premiers mois de la gestation sont pénibles, si la période dite d'édification foetale entraîne des troubles variables, la seconde phase de la gestation est parfaitement supportée. La femme se porte d'une façon remarquable, elle profite de ce que BAR appelle « la symbiose harmonique ». Alors comment concevoir que sur ce terrain qui n'a jamais été aussi favorable, aussi bien portant, pourrait éclater avec prédilection, une tuberculose latente, se réveiller une lésion éteinte, s'allumer une poussée évolutive ?

A côté de cet état favorable on a apporté deux autres notions très importantes : l'une humorale, la suppression des règles ; l'autre physique, l'élévation du diaphragme.

Notre Maître, Monsieur le Professeur BEZANÇON, a insisté depuis longtemps sur l'influence des périodes menstruelles sur la tuberculose de la femme. Les phthisiologues connaissent bien aujourd'hui les modifications qui apparaissent au moment des règles chez leurs malades, les poussées fébriles, les hémoptysies, les signes congestifs au niveau du poumon. Et bien pendant la grossesse, la menstruation est supprimée, alors est-ce que cette influence fâcheuse ne disparaît pas ?

La modification physique favorable, c'est ce que SIGNORELLI, de Rome, résume dans le terme « d'invention » . La gestation dans les derniers mois, refoulant les organes abdominaux, remonte le diaphragme, réalisant une véritable phrénicectomie double. Evidemment, toutes les lésions tuberculeuses ne sont pas améliorées par cette invention, de

même que la phrénicectomie ne guérit pas toutes les lésions tuberculeuses, mais seulement certains cas bien définis. Les chirurgiens qui s'occupent de tuberculose, ne font, actuellement, cette intervention que sur des indications très précises, sur des lésions qui sont capables d'être améliorées. Les lésions non justiciables de phrénicectomie sont nombreuses, alors cette intervention n'influencera en rien leur évolution. Aussi puisque l'ascension du diaphragme n'influe pas, de même la modification statique qui surviendra après l'accouchement, ne devra avoir de conséquences malheureuses, que dans le cas où son élévation aura été efficace.

Il nous faut signaler ici, des phénomènes biologiques qui peuvent avoir une influence favorable pendant la grossesse, mais défavorable après l'accouchement. Nous nous expliquons.

Certains auteurs : MOURIQUAND, GILLET, CŒUR, (de Lyon), étudiant expérimentalement la carence maternelle et la carence foetale, aboutissent à cette idée que pendant la deuxième période de la gestation le fœtus aide la mère à user ses forces de défense avec efficacité. Le fœtus expulsé, il y a effondrement nutritif qui favoriserait l'explosion tuberculeuse.

« A une phase avancée de la grossesse, les lésions tuberculeuses subissent souvent une atténuation plus ou moins nette, souvent parallèle à « l'eutrophie » générale de la mère. Mais c'est comme l'on sait, surtout après l'accouchement qu'éclate dans nombre de cas la poussée galopante s'accompagnant en quelques semaines d'une grave dystrophie générale et aboutissant à la mort.

Quand on a vu l'effondrement nutritif qui suit, à la parturition, l'eutrophie de la gestation du sujet carencé, on ne peut écarter l'idée que cette grave dystrophie compromet gravement les défenses organiques ».

III. — Modifications apportées à l'organisme par l'accouchement

Pendant le travail, au moment de l'expulsion, l'organisme fournit un effort indiscutable. Mais cet effort est extrêmement variable suivant les femmes, les unes accouchent presque sans douleurs, d'autres, au contraire, ont une période de dilatation et d'expulsion pénible.

A côté des phénomènes de fatigue, existent les modifications de statiques diaphragmatiques dont nous parlions tout à l'heure, nous avons dit ce que nous en pensions.

A cette époque enfin, il y a disparition de « l'eutrophie » et réenclanchement hormonale.

Que conclure de l'ensemble de ces modifications qu'apportent la grossesse et l'accouchement à l'organisme maternel ?

Le mécanisme de ces modifications nous paraît encore fort obscur, quand il ne nous échappe pas complètement. Invoquer ces modifications pour attribuer à la grossesse et à l'accouchement une influence néfaste sur la tuberculose pulmonaire, nous paraît du domaine de l'hypothèse ; du point de vue clinique et d'observation, il est impossible de tirer de ces faits une indication.

Ces arguments nous paraissent, à l'heure actuelle, insuffisants et trop fragiles pour qu'on puisse baser sur eux une intervention aussi importante à tout point de vue, que l'inter-
ruption d'une grossesse.

CHAPITRE IV

GENERALITES

Les divergences d'opinions que nous avons relevées au cours de notre étude historique, donnent bien, nous semble-t-il, une idée de la complexité de la question.

Les idées contradictoires émises tiennent :

Pour une part à la variabilité des facteurs en présence :

- La tuberculose, dont la multiplicité des formes entraîne des difficultés de classification ;
- La grossesse, vis-à-vis de laquelle le comportement physiologique des femmes est différent, suivant chacune.

Pour une part aussi, à la diversité des sources d'observation :

« Les hommes parlent, en général, au nom de leur expérience clinique personnelle. Or cette expérimentation, bien que sincère chez tous, ne procède pas chez tous des mêmes résultats parce que ceux-ci dépendent du milieu où s'exerce l'observation. » (DUMAREST.)

« L'expérience des médecins de sanatoriums ne coïncide guère avec celle des médecins des hôpitaux urbains. Les

premiers étudient une majorité de formes favorables mises au repos et convenablement traitées. Devant les autres, défilent les tuberculoses sévères, bilatérales, qui n'ont pu être acheminées en sanatorium, ou des tuberculoses curables, mais pour beaucoup ambulatoires chez des sujets qui vivent dans des conditions sociales défectueuses. Il n'est donc pas étonnant que les médecins de sanatoriums considèrent la grossesse comme bénigne chez les tuberculeuses alors que les médecins des hôpitaux urbains ont une impression beaucoup plus défavorable. » (BRINDEAU.)

La variabilité des facteurs

a) Facteur grossesse.

Nous n'insisterons pas sur la variabilité de ce facteur, elle est bien connue. Certaines femmes, supportent admirablement leur grossesse et accouchent presque sans efforts, d'autres, au contraire, accusent des troubles du genre de ceux dits « troubles sympathiques » qui ont un retentissement important sur leur état général. Ce sont celles-ci, d'ailleurs, qui, souvent, ont des accouchements longs et laborieux prédisposant aux infections et pouvant mettre l'organisme dans de mauvaises conditions de résistance après l'accouchement.

b) Facteur tuberculose.

« Il n'existe pas une tuberculose, mais des tuberculoses. »

Pour étudier le retentissement d'une cause donnée, sur une affection, il faut d'abord s'entendre sur la définition de cette affection. Or, en tuberculose il est très difficile de s'entendre.

Les uns, étudient l'influence d'un facteur sur la maladie en recherchant les effets sur l'état anatomique, d'autres en tenant plus compte de la forme évolutive.

L'état anatomique est très difficile à apprécier, donc à

définir. Les lésions tuberculeuses revêtent des aspects variant presque à l'infini, tant en formes qu'en étendue, localisations, aspects macro et microscopiques. Même les grandes classifications qui apportent pourtant une certaine clarté au problème, les classifications anatomiques de TURBAN, les classifications anatomiques de BARD et même celle anatomo-biologique de RANKE apparaissent insuffisantes. Les formes intermédiaires de la maladie, n'entreront dans tel ou tel groupe que suivant le tempérament de l'auteur, il n'y aura plus ainsi pour ces formes, qui sont si nombreuses, de termes de comparaison.

Et puis pour apprécier les lésions anatomiques nous n'avons que la radiographie. Or, il faut bien le dire malgré les perfectionnements techniques d'une part, d'autre part, malgré nos connaissances accrues dans la lecture des clichés, nous sommes incapables à l'heure actuelle, en présence d'une seule radiographie de faire avec précision et certitude un diagnostic anatomique de lésions. Ce diagnostic n'est porté que complété par l'examen général et surtout par la mise en observation du malade. C'est par des examens successifs, donc par tout un ensemble de renseignements recueillis dans le temps, qu'on pourra porter un diagnostic anatomique et que l'on pourra se rendre compte du potentiel évolutif des lésions. Ce potentiel évolutif lui aussi ne peut être apprécié exactement que par ces examens répétés, une mise en surveillance stricte et souvent longue.

Influence des facteurs sociaux et psychiques

« Presque toutes les personnes que j'ai vues devenir phthisiques, quoi qu'elles ne parussent pas prédisposées à cette maladie par leur constitution, paraissaient devoir l'origine de leur maladie à des chagrins profonds et de longue durée. »

LAENNEC, *Traité de l'Auscultation*,
2^e édit., p. 646.

Une étude attentive des faits montre qu'il est des influences qui entrent en jeu dans le déclanchement des poussées évolutives de la maladie. Celles-ci sont soumises à des facteurs variables qui ne peuvent être déterminés que dans chaque cas particulier.

Parmi ces facteurs il en est de premier plan :

Les conditions sociales d'où dépend la façon de se soigner du malade.

Les conditions morales, qui font supporter avec plus ou moins de résistance par l'individu, sa situation et le déséquilibre familial qu'entraîne si souvent sa maladie.

Ces influences chez une femme enceinte tuberculeuse acquièrent une importance capitale.

Chaque jour, chaque malade pose un problème et ce problème ne peut être résolu avec les données générales qui découlent de l'étude des formes anatomiques et cliniques seules de la maladie.

Tous les tests diagnostic et pronostic malgré leur intérêt indiscutable, apparaissent insuffisants lorsqu'il s'agit de prendre des décisions telles que celles que réclament :

- soit des malades actuellement ou anciennement traitées : peuvent-elles se marier et avoir des enfants ?
- soit des femmes vues au cours d'une grossesse et où la tuberculose révélée à cette occasion pourrait poser la question d'interruption de la gestation.

Vu de l'ensemble des cas le problème de l'influence de la grossesse sur la tuberculose apparaît comme particulièrement difficile : insuffisance de diagnostic anatomique comme terme de comparaison, ce diagnostic d'ailleurs s'il est relativement précis chez une malade connue et suivie est impossible à réaliser rapidement lorsqu'il s'agit, et le cas est fréquent, d'une tuberculose dépistée chez une femme enceinte à l'occasion de sa grossesse.

Insuffisance aussi, de l'appréciation du potentiel évolutif quand on n'a pas un test suffisant pour prévoir, apprécier et influencer sur la cause déclanchante de l'évolution des lésions.

Et cependant, l'examen des malades pratiqué sous un certain angle, met en évidence, l'importance de ces facteurs, qui, s'ils ne jouent peut-être pas directement sur la forme anatomique, ont une influence indiscutable sur l'évolution de la maladie.

Ces facteurs, ce sont les conditions morales dans lesquelles survient la grossesse, les conditions sociales au milieu desquelles elle est menée, les modifications matérielles qu'apporte un nouveau-né dans toutes les classes de la Société et particulièrement dans les classes laborieuses.

Les auteurs étudiant la question, les ont signalés, mais il ne nous semble pas qu'on y ait attaché toute l'importance qu'ils méritent.

C'est en leur attribuant une importance majeure, que nous avons orienté notre étude, frappé par l'évolution différente de la maladie chez des femmes présentant des lésions identiques tant par leur forme anatomique que par leur évolution (autant qu'on puisse en juger), quand la grossesse survenait dans des conditions sociales et morales opposées.

Voici une jeune femme, depuis longtemps elle désire être mère, rassurée sur son état par son médecin, dans de bonnes conditions matérielles, pouvant se reposer, limiter son activité sans que pour cela en souffre l'équilibre de son ménage, cette femme, malgré l'importance de ses lésions, mène normalement sa grossesse à terme, les suites de couches sont normales, l'on n'assiste à aucune évolution de la maladie. (Observation Vid., N° 21.)

Une pauvre fille a été séduite, elle a quitté sa famille, vit dans des conditions misérables, peine pour gagner tristement l'indispensable, logée dans un taudis, exploitée, n'ayant aucun réconfort moral, elle réalise toutes les conditions suffi-

santes pour déclancher l'éclatement d'une tuberculose, réveiller une forme éteinte, allumer une poussée évolutive. Dans le cas particulier c'est une poussée évolutive qui survient au cours de la grossesse. (Observation Pa..., N° 3.)

Mais chez une femme normale, ces conditions sont capables d'avoir cette influence néfaste. Ce sont celles que l'observation quotidienne nous montre comme étant une cause fréquente d'éclosion de la maladie. D'ailleurs, c'est en partie contre cela qu'est entreprise la lutte contre le taudis et la misère. Et un corps sain n'est pas suffisant pour lutter contre le bacille de Koch, il faut encore la tranquillité morale. Pour cela il suffit parfois de peu, matériellement, chez l'une un changement de milieu, chez l'autre au contraire une reprise de la vie familiale.

Dans les observations que nous venons de rapporter, nous n'avons pas tenu compte des formes anatomo-cliniques en présence, nous les avons rapportées, parce que nous les considérons comme particulièrement explicites de l'influence des facteurs auxquels nous attribuons une grande importance, quant au comportement de la grossesse chez la tuberculeuse.

Voici maintenant des observations de malades présentant des formes anatomiques ayant une activité à peu près comparable (autant que nous permettent d'en juger nos connaissances actuelles) quand débute la grossesse.

Mmes Fe... Marie-Louise et Ch... Marie (observations N°s 19 et 26), présentent des lésions pulmonaires unilatérales, bacillifères évolutives. Elles sont toutes deux traitées par pneumothorax. Une grossesse survient chez ces deux femmes à peu près à la même distance du début de l'évolution.

Mme Fe... qui vit dans de bonnes conditions sociales, dont le ménage est bien équilibré, dont l'état psychique est excellent, mène sa grossesse sans être influencée.

Mme Ch... qui vit dans de mauvaises conditions matérielles, indocile, se faisant suivre irrégulièrement, en outre, ayant un mari alcoolique qui lui fait subir de mauvais traitements, chez

cette malade l'on voit survenir une bilatéralisation des lésions. Est-ce la grossesse qui joue ici, un rôle ? Il ne nous semble pas qu'elle intervienne directement par des modifications biologiques ou mécaniques. Il nous paraît logique d'attribuer aux conditions sociales et morales de cette femme l'évolution de la maladie. A elles seules, ces conditions sont suffisantes pour hâter l'évolution des lésions, la grossesse a joué en apportant peut-être un élément de fatigue, mais surtout un déséquilibre général certain, chez cette malade, lorsqu'elle est devenue enceinte.

Sources de notre étude

Les documents utilisés pour notre étude proviennent de différentes sources.

La plus grande partie de nos observations a été recueillie au centre de triage de l'hôpital Saint-Antoine de l'année 1926 à 1935. Certaines proviennent de dispensaires de l'O.P.H.S., en particulier du dispensaire Vasco de Gama du XV^e arrondissement, et là aussi ce sont des malades qui ont été suivies pendant des années.

A la salle Littré de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons observé les formes graves, fébriles de tuberculose de malades enceintes.

Les liaisons avec les maternités, maternité Saint-Antoine avec le centre de triage de cet hôpital, maternité Baudelocque avec le Dispensaire Léon Bourgeois depuis avril 1935, nous ont permis de voir les formes latentes où la tuberculose était diagnostiquée à l'occasion de la grossesse.

Nous devons à l'obligeance de notre Maître M. le Professeur agrégé GUÉNIOT, des observations de malades accouchées dans son service et qui ont fait des évolutions graves tuberculeuses *post partum*.

Les femmes que nous avons observées peuvent être groupées dans les catégories suivantes :

1° Des malades régulièrement suivies, sur lesquelles nous

possédions tous les documents concernant leur état pulmonaire avant qu'elles ne deviennent enceintes. Ces malades nous les avons suivies pendant la gestation et après l'accouchement. Beaucoup sont revues à l'heure actuelle au moins une fois par an.

Chez ces femmes, les unes étaient traitées par un pneumothorax au moment de leur grossesse ; d'autres avaient été traitées antérieurement par pneumothorax. D'autres enfin étaient suivies régulièrement et mises au repos sous surveillance. Les formes évolutives étaient admises en salle.

C'est avec ces observations, que nous étudierons l'influence de la grossesse sur les formes stabilisées et sur les formes évolutives.

Nous verrons si l'accord qui est aujourd'hui réalisé sur les formes typiques, en particulier sur les formes fibreuses où tout le monde est d'accord, admet la non influence ; et sur les formes très graves, où l'avortement et le traitement médical étant incapables de modifier l'issue fatale de la maladie, on pense actuellement qu'il faut surtout envisager la vie de l'enfant, nous verrons, disons-nous, si un accord ne peut pas être fait sur les formes intermédiaires en tenant compte des influences psycho-sociales sur l'évolution de la maladie.

2° Dans de nombreux cas, nous avons vu des femmes où le début de la tuberculose paraissait coïncider avec une grossesse soit qu'on ait eu à examiner ces femmes venues consulter au centre de triage pour une asthénie assez marquée, de l'amaigrissement, des vomissements, rapportant le retard de règles à un état « d'anémie ».

Soit que ces femmes aient été envoyées par les maternités parce que présentant des antécédents personnels suspects, une hérédité chargée. Dans ce dernier cas, l'examen systématique pratiqué à l'occasion de la grossesse a permis de déceler une énorme proportion de ces malades qui s'ignorent. Certaines, même, venaient à la consultation contre leur gré, jugeant

inutile un examen « qui leur faisait perdre du temps », n'en soupçonnant pas toute l'importance pour elles d'abord, et pour l'enfant à venir ensuite.

Cette catégorie groupe un nombre de malades très grand. Nous y attachons une importance toute particulière, parce qu'elle montre que si l'on veut voir dans la grossesse et surtout l'accouchement et les suites de couches, une raison d'éclatement des poussées évolutives graves si souvent mortelles, il faut être d'une extrême prudence. L'examen systématique révèle tant de formes latentes, que nous pensons qu'en grande partie les évolutions du *post partum* seraient prévisibles, souvent évitables.

L'examen de ces catégories de malades nous a donc permis d'étudier :

1° Si le début de la tuberculose pouvait être rapporté à la grossesse quand il survenait en même temps ;

2° L'influence de la grossesse sur les formes stabilisées et les formes en évolution ;

3° Les poussées évolutives du *post-partum* ;

4° Enfin, l'avortement a été pratiqué chez quelques-unes de nos malades, il a été fait quand il y avait le maximum des indications requises par les auteurs qui le préconisent et réalisé dans les meilleures conditions techniques.

C'est de l'étude de tous ces cas que nous verrons, si la grossesse survenant chez une tuberculeuse, ou coïncidant avec le début apparent de l'affection, a des répercussions sur la maladie en agissant par des modifications biologiques ou mécaniques qui nous paraissent encore fort obscures et pour beaucoup hypothétiques, ou bien, au contraire, si ce ne sont pas les conditions morales dans lesquelles survient la grossesse, les conditions sociales au milieu desquelles elle est menée et les conditions matérielles qu'elle entraîne qui ont la plus grande part dans le comportement variable d'une tuberculeuse enceinte vis-à-vis de sa maladie.

CHAPITRE V

EXPOSE ET DISCUSSION DE NOS OBSERVATIONS

Nous adoptons dans l'exposé et la discussion de nos observations le plan suivant :

I — *Observations où le début de la tuberculose pulmonaire paraît en rapport avec la grossesse.*

Discussion.

II — *Cas où la grossesse survient chez des femmes dont la maladie est connue et traitée.*

1° Formes stabilisées au moment de la grossesse ;

2° Formes en évolution.

Critique et recherche des raisons pour lesquelles dans certains cas il paraît y avoir une influence néfaste et dans d'autres, non aggravation.

III — *Poussées évolutives du post-partum.*

Discussion.

IV — *Observations où l'avortement a été pratiqué.*

1° *Voici des observations où le début apparent de la tuberculose coïncide avec la grossesse.*

Nous ouvrons ici une parenthèse et rapportons une observation qui n'entre pas directement dans le cadre de notre étude, mais qui montre d'une manière frappante, la façon dont avec toute la meilleure foi du monde, le clinicien peut se laisser surprendre et établir des relations de cause à effet logiques mais qu'une observation attentive met en défaut.

En décembre 1935, arrive à la consultation anté-natale du dispensaire Léon Bourgeois, une femme envoyée par la maternité Baudelocque, parce qu'elle avait maigri, était fatiguée, et présentait des cicatrices d'abcès froids ganglionnaires au niveau du cou. Nous examinons cette femme et nous apprenons qu'elle présente une troisième grossesse de trois mois environ. Elle raconte, en outre, cette histoire: « Comme à mes grossesses précédentes, mes glandes du cou ont percé quand je suis devenue enceinte ». Intéressé par cette coïncidence de fistulisation et de début de grossesse, nous faisons préciser à notre malade les dates exactes des dernières règles et celle de la fistulisation. Les dernières règles étaient d'octobre, la fistulisation du mois d'août, date établie et contrôlable par une fiche du centre de traitement par agents physiques. La malade avait, en effet, été traitée dès la fistulisation, par les rayons ultra-violets.

Donc, pour cette fois au moins, il était indiscutable que la grossesse n'était pour rien dans le réveil de cette tuberculose locale. Un examen rapide cependant nous faisait rapporter à la grossesse cette évolution.

C'est, qu'en effet, pour les malades, un événement tel qu'une grossesse est une date et tous les faits qui gravitent autour de cette date sont rapportés avec une très grande facilité à ce point de repère. Il nous semble que pour affirmer que le début d'une affection remonte à la grossesse il ne faut conclure que lorsque tout est d'accord pour confirmer cette idée.

Nous passons maintenant à l'étude de nos observations.

Obs. N° 1. — Mme Ro..., 17 ans, mariée, pelletière.

Vue pour la première fois en août 1930, au 7^e mois d'une première grossesse. On relève chez cette malade des antécédents héréditaires chargés, et un frère mort de tuberculose pulmonaire en 1929.

Elle est amenée à consulter, parce qu'elle vient de faire une hémoptysie. Cette jeune femme se surmenait, seule pour subvenir aux besoins du ménage, son mari étant au régiment.

On découvre à la radiographie une lésion très discrète localisée à droite, pas de température. En raison de l'âge de la malade et de la gravidité, on institue un pneumothorax qui est entretenu sans incidents.

Accouchement normal en octobre 1930, elle refuse le placement de l'enfant et le confie à sa mère.

Malgré des conditions sociales et morales très médiocres, elle refuse le placement en sanatorium. Puis en raison des difficultés d'insufflation dues à l'irrégularité de présence de la malade aux séances, on arrête son pneumo fin 1931.

L'état local était assez satisfaisant à cette époque, cependant du coté opposé à la lésion de début apparaît un granité discret.

En avril 1932, après une nouvelle période de surmenage et d'ennuis (le mari rentré du régiment n'a pu trouver de travail), elle demande à entrer à l'hôpital.

En juin 1932 un pneumo est institué sur les lésions droites.

En 1933, elle présente une tuberculose intestinale et meurt.

Début d'une tuberculose au cours d'une première grossesse, mais les conditions matérielles et morales sont au tout premier plan, ce sont elles que nous invoquons pour expliquer l'éclatement de la maladie chez cette jeune femme contaminée vraisemblablement d'une façon importante, vu les antécédents.

Obs. N° 2. — Mme He..., 18 ans, mariée, vendeuse.

Vue pour la première fois en 1926, envoyée par la maternité à cause de ses antécédents héréditaires très chargés (sa mère était morte de tuberculose). En outre une de ses sœurs était traitée à cette époque

pour tuberculose. Cette malade vivait assez isolée à Paris et n'entra à l'hôpital qu'au moment où, sans ressources et abandonnée de son ami, elle était trop fatiguée pour travailler.

Sa grossesse fut assez bien supportée. Accouchement et suites de couches normaux.

L'enfant fut placé d'abord à la crèche Landouzy, puis au Placement Familial des Tout-Petits.

Cette malade fut placée en sanatorium, puis reprit ultérieurement son travail. Très isolée, il semble qu'elle ait eu une existence difficile.

Elle meurt en province en 1933, 6 ans après l'accouchement.

Ici encore, femme contaminée qui fait une évolution tuberculeuse au cours d'une grossesse, mais dont les conditions matérielles et morales étaient indiscutablement mauvaises.

Obs. N° 3. — Mme Pa..., 17 ans, célibataire.

Marocaine, vue pour la première fois en juillet 1930, à son arrivée à Paris.

Elle présentait une tuberculose en évolution et en outre était enceinte de quatre mois environ.

Cette grossesse, survenue dans des conditions qui la rendaient peu souhaitable, était la cause de sa venue à Paris.

Le début de sa maladie semble remonter en décembre 1929, époque où elle aurait eu une hémoptysie à la suite d'une course en motocyclette.

Un pneumo droit est institué, l'état général va en s'améliorant un peu vers la fin de la grossesse et le 29 octobre 1930, elle accouche de deux jumelles pesant respectivement 1.820 et 1.250 grammes.

Le surlendemain de l'accouchement, la température monte et oscille autour de 39° les jours suivants.

L'examen montre que la bilatéralisation des lésions, constatée déjà avant l'accouchement, va en s'accroissant.

Elle meurt en mars 1930.

Ici en réalité le début est antérieur à la grossesse, et ce sont toujours les conditions sociales et morales qui sont au premier plan et ont joué dans l'évolution de la maladie plus que la grossesse.

Observation N° 3. — Mme Pa....., 17 ans



26 Juillet 1930



19 Décembre 1930



19 Janvier 1931

Obs. N° 4. — Mme Gi..., 27 ans, mariée, concierge.

Vue pour la première fois en mai 1928, après un troisième accouchement.

Elle présentait une grosse altération de l'état général, une fièvre à 39°, un point de côté gauche, une expectoration bacillifère. La radiographie montre des lésions gauches. Ces signes étaient apparus trois jours après l'accouchement, mais en réalité le début semble remonter vers le troisième mois de la gestation.

Les conditions sociales et morales dans lesquelles vivait la malade étaient bonnes, il faut noter cependant qu'elle était depuis peu de temps à Paris.

Un pneumothorax a été institué aussitôt après l'accouchement et entrete nu 14 mois.

Trois ans après l'arrêt du pneumo, cette femme devient enceinte de nouveau. Elle accouche normalement en janvier 1932 d'un enfant de 3 kg. 500, qu'on lui laisse nourrir, car, l'examen de son expectoration ne montre plus la présence de bacilles de Koch, et ceci confirmé à de nombreux examens.

La malade revue régulièrement tous les ans, présente actuellement une bonne santé apparente.

Tuberculose semblant coïncider avec une grossesse. Celle-ci cependant bien supportée. Cette femme ultérieurement mène d'ailleurs une nouvelle grossesse sans réveil de ses lésions stabilisées.

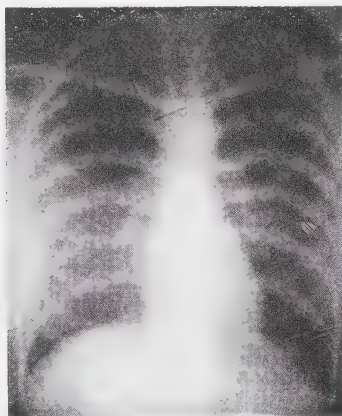
Obs. N° 5. — Mme Mo..., 23 ans, mariée, s'occupe chez elle de son ménage.

Venue à la consultation en 1930, pour de petites hémoptysies survenant le matin au réveil depuis quelques semaines. Elle est, en outre, enceinte à ce moment de deux mois environ.

A l'examen elle présente un minimum de signes stétacoustiques et radiographiques (quelques petites taches apicales), mais l'examen de l'expectoration montre la présence de bacilles de Koch. La malade est mise au repos sous surveillance.

Elle se fait suivre très régulièrement et supporte très bien sa grossesse. Revue en 1931, après son accouchement, qui s'est parfaitement passé, elle va bien.

Observation N° 4. Mme Gi....., 27 ans



23 Mars 1929



17 Mars 1932



9 Juin 1934

Cette malade revue depuis, est en bonne santé apparente et a pu mener à bien deux autres grossesses. Elle a même nourri le dernier.

Tous les enfants sont actuellement bien portants.

Ici encore, début paraissant coïncider avec la grossesse, mais traitée, elle la supporte bien et mène ensuite normalement à terme deux autres grossesses qui n'entraînent aucun réveil de lésions.

Obs. N° 6. — Mme Gl..., 46 ans, mariée, s'occupe chez elle de son ménage.

Chez cette femme, le début de la tuberculose se révèle à 46 ans, en février 1929, alors qu'elle venait de soigner ses 9 enfants, atteints de rougeole.

Le dernier était né trois mois auparavant, en décembre 1928. L'accouchement avait été normal ainsi que les suites de couches.

Ce n'est qu'en février qu'elle a commencé à tousser et que le médecin qui la suivait a constaté des signes pulmonaires.

Elle est vue en mai 1928 avec des lésions droites étendues et un côté opposé suspect.

Un pneumothorax droit est tenté, malgré le mauvais état général et la grosse suspicion sur la valeur du côté opposé. Mais une réaction liquidienne survient rapidement, réaction puriforme. Malgré cela l'état général s'améliore.

En 1930, la bilatéralisation s'accroît et la mort survient en juillet, un an et demi après le début de l'évolution de cette tuberculose tardive.

Ainsi cette malade avait supporté 9 grossesses et n'était entrée dans la tuberculose qu'après l'accouchement du 9^e enfant.

Les causes de surmenage sont ici indiscutables, et nous les considérons comme les causes d'éclatement de la maladie.

Dans ces observations où le début de la tuberculose paraît coïncider avec la grossesse, que voyons-nous?

L'on constate, qu'à côté de l'élément grossesse proprement dit, invoqué comme cause déclenchante habituellement, se

Observation N° 6. — Mme Gl....., 46 ans



14 Mai 1929



11 Août 1930

trouve réalisées des conditions particulièrement favorables à l'éclatement de la tuberculose. Et ces conditions ce sont justement celles que nous rencontrons journellement chez beaucoup de nos malades et qui sont à la base de l'éclatement de leur affection : le surmenage, les ennuis moraux.

Cette femme de 17 ans (obs. 1^{re}), dont le mari part au régiment et qui se surmène pour subvenir aux besoins du ménage, est dans les conditions, physiques d'abord (fatigue) et, d'autre part, morales (départ du mari), particulièrement favorables au développement d'une tuberculose.

Le cas N^o 2, celui de cette orpheline (dont la mère était morte tuberculeuse), enceinte, abandonnée de son ami, isolée à Paris, est un cas analogue.

Dans l'observation N^o 3, nous voyons une jeune Marocaine dont la grossesse survenant dans des conditions qui la rendent indésirable, vient échouer à Paris.

Dans les observations 4 et 5, les causes d'éclatement de la maladie nous échappent, il y a eu un fléchissement de santé à un moment donné. La grossesse est parfois assez mal supportée, au début, même par des femmes normales et souhaitant un enfant, l'explication est peut-être là. Néanmoins, la cause qui a retenti était passagère et insuffisante à elle seule pour faire évoluer la maladie, une fois celle-ci installée, puisque traitées, ces femmes se sont améliorées, le cas 5 a pu d'ailleurs mener à bien deux autres grossesses et allaiter le dernier enfant.

L'observation 6 est un cas type d'éclatement par surmenage. S'occuper de 9 enfants atteints de rougeole, et allaiter un nouveau-né, voilà des conditions qui nous semblent suffisantes par elles-mêmes pour expliquer une poussée tuberculeuse.

Si donc l'on accuse la grossesse en tant que fatigue, en tant que par l'influence morale, quand elle est, par exemple, indésirable, ou par le déséquilibre social qu'elle peut entraîner, là nous sommes d'accord. Mais ce sont des éléments sur

lesquels on peut agir en mettant ces femmes au repos et dans de bonnes conditions générales.

L'action déclanchante de la grossesse, en tant que modifications de terrain, dues, soit à la décalcification, soit à des troubles endocriniens, à l'anergie tuberculinique, etc., n'est pas démontrée et il nous semble bien plus vraisemblable de faire intervenir comme cause d'éclatement les raisons que nous venons d'exposer, d'autant plus que ce sont celles que nous rencontrons tous les jours chez nos autres malades comme nous le disions tout à l'heure.

2° Observations de femmes devenues enceintes au cours de leur tuberculose.

Dans un premier chapitre, nous rapporterons des cas où la tuberculose au moment de la ou des grossesses était stabilisée. Beaucoup de ces femmes étaient traitées, soit par pneumothorax, soit par le repos sous surveillance, en outre elles avaient été rassurées quant à la répercussion de la grossesse sur leur état.

D'autres stabilisées au moment de leur grossesse ont fait des évolutions plusieurs années après.

Dans un deuxième chapitre, nous apporterons des observations de formes en évolution.

- soit des formes sur lesquelles se greffe une grossesse,
- soit des formes qui évoluent à cette occasion.

I. — Formes stabilisées

Dans ces formes, dont beaucoup ont été traitées par pneumo, aucune n'a fait d'évolution, et cela non seulement à l'occasion d'une grossesse, on pourrait nous reprocher que c'est une exception, mais à l'occasion de plusieurs grossesses. Ces femmes, qui sont actuellement revues au moins une fois par an vont bien.

Toutes présentaient des lésions indiscutables, de début plus ou moins récent, de types variables, il n'est qu'à voir les lésions radiographiques.

Obs. N° 7. — Mme Ch..., célibataire, cartonnière.

Vue pour la première fois en 1927, avec un état général médiocre et présentant des lésions graphiques bilatérales, mais prédominant à gauche, où l'on note, au sommet, une image spéléonquaire. Un pneumothorax est institué de ce côté.

Cette malade est envoyée en sanatorium de 1928 à 1929. A sa sortie, elle vit avec un ami et ne travaille pas au dehors.

En mars 1930, elle accouche d'un garçon mort-né, pesant 980 gr., et d'une fille qui vit seulement quelques heures, pesant 1 kg. 120.

Elle sort de la maternité 10 jours après l'accouchement allant bien.

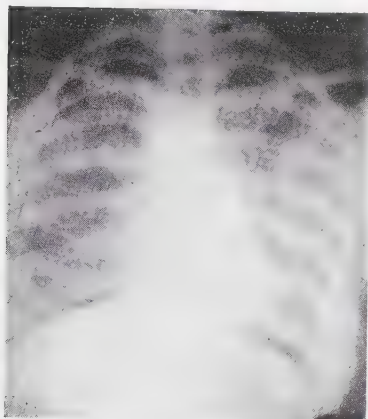
En 1932, deuxième grossesse bien supportée, séparation de l'enfant, mais celui-ci meurt 12 jours après sa naissance, de broncho-pneumonie.

Un an après, troisième grossesse, l'enfant est confié au Placement Familial des Tout-Petits.

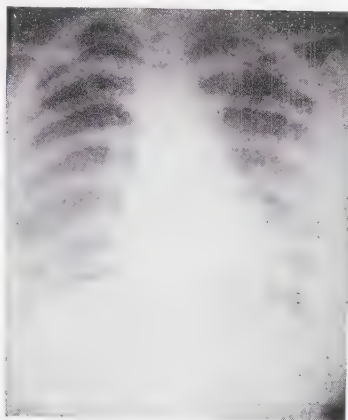
La mère va bien depuis ce dernier accouchement, et fait un travail régulier.

Donc forme stabilisée sur laquelle des grossesses successives n'ont pas modifié les bons résultats obtenus par le traitement.

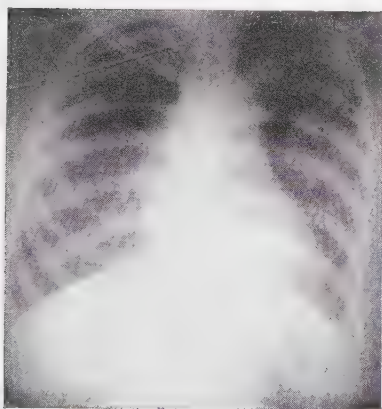
Observation N° 7. — Mme Cha.....



8 Novembre 1927



5 Octobre 1929



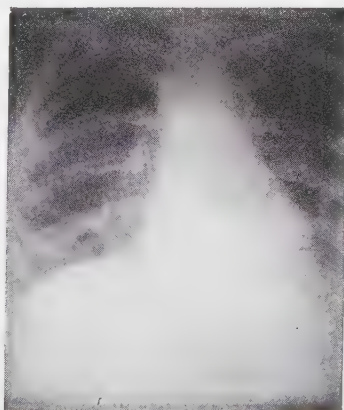
22 Novembre 1930



7 Novembre 1931



19 Mars 1932



22 Avril 1933

Obs. N° 8. — Mme Te..., 24 ans, mariée, ouvrière en parapluie.

Première grossesse à 25 ans, un an après l'institution d'un pneumothorax qui est entretenu pendant toute la grossesse.

Les bacilles persistent dans l'expectoration.

En août 1929, accouchement normal d'un enfant de 3 kg 850.

Les suites de couches sont normales, l'enfant reçoit du B.C.G. et est placé dans la famille paternelle.

On arrête le pneumothorax en mai 1930, deux ans après le début de la maladie, un an après l'accouchement, deux mois après la disparition des bacilles de l'expectoration, seulement, arrêt décidé en raison du très bon état général et local et de difficultés d'insufflation.

La malade, en 1934, reprend son enfant avec elle, travaille régulièrement.

Deuxième grossesse fin 1934, parfaitement supportée, accouchement normal et suites de couches sans incidents.

Actuellement très bon état de la mère et des enfants.

Dans cette observation on ne constate pas non plus l'influence des grossesses sur la stabilisation.

Observation N° 8. — Mme Te....., 24 ans



22 Septembre 1928



18 Juin 1929



15 Octobre 1929



27 Décembre 1934

Obs. N° 9. — Mme Dé..., 19 ans, mariée, femme de ménage.

Vue pour la première fois en 1927 pour amaigrissement et asthénie. L'examen montre la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration, la radiographie montre une opacité triangulaire au niveau de la région interlobaire supérieure droite.

Un pneumothorax est institué et entretenu 23 mois sans incident.

Après la reprise d'une vie normale, elle se marie et devient enceinte en janvier 1931.

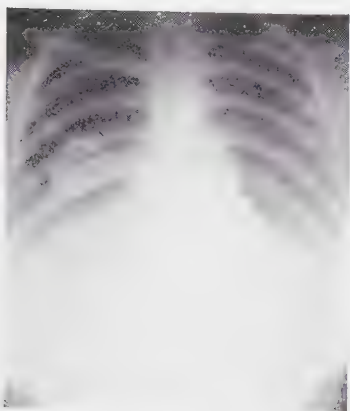
En septembre 1931, accouchement normal à terme. L'enfant reçoit du B.C.G. et est confié à la mère de la malade.

En 1933, nouvelle grossesse, accouchement normal d'un garçon pesant 3 kg.

Revus en 1935 et en 1936, la mère et les enfants vont bien.

Ici encore nous ne constatons pas d'influence sur les résultats obtenus par le traitement.

Observation N° 9. — Mme Dé..... 19 ans



2 Juillet 1927



30 Janvier 1930



27 Janvier 1931



9 Janvier 1932

Obs. N° 10. — Mme Qu..., 30 ans, employée de bureau.

Première grossesse en 1931, accouchement en décembre, peu de temps après l'arrêt d'un pneumothorax institué en février 1930 pour une lésion discrète, récente bacillifère.

Le pneumothorax a été interrompu par suite de difficultés d'insufflation, mais les bacilles avaient disparu rapidement de l'expectoration.

Accouchement et suites de couches normaux.

Grossesse évoluant sur une tuberculose traitée récemment, pas d'influence constatée.

Obs. N° 11. — Mme Ma..., 18 ans, mariée, couturière.

Première grossesse à 23 ans, deux ans après la reprise de la vie normale, 4 ans après l'éclatement de la maladie. Avait été traitée par pneumothorax et repos en milieu familial.

En mars 1929, quelques mois avant l'arrêt de son pneumo, se marie.

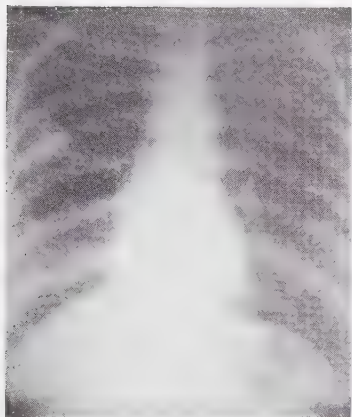
En mars 1931, naissance d'une fille pesant 4 kg 300.

En avril 1933, naissance d'un garçon de 4 kg 500.

Ces accouchements ont été normaux et les suites de couches se sont passées sans incidents.

Il convient de signaler ici tout particulièrement les excellentes conditions générales dans lesquelles vivait cette femme. Les grossesses n'ont eu aucune répercussion sur l'état de stabilisation des lésions.

Observation N° 10. — Mme Qui....., 30 ans

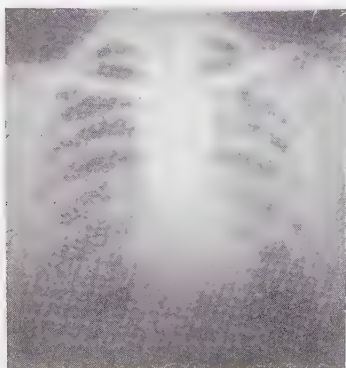


22 Février 1930



26 Décembre 1931

Observation N° 11. — Mme Ma...., Louise, 18 ans



1^{er} Septembre 1929

Obs. N° 12. — Mme Tr... 20 ans, mariée, femme de ménage.

Malade vue pour la première fois en juillet 1927. Elle avait accouchée en mars 1927 et nourri son enfant pendant un mois et demi. Les rapports entre la tuberculose et cette grossesse ne peuvent être précisés.

Quand nous avons vu cette malade, elle présentait des lésions gauches à type broncho-pneumonique.

Un pneumothorax est institué et entretenu régulièrement jusqu'en janvier 1930. A ce moment il est arrêté en raison du bon état général et local, de la disparition des bacilles de Koch de l'expectoration.

Deuxième grossesse en 1932, grossesse qui est bien supportée. L'accouchement se passe normalement en juin 1932. Garçon de 3 kg 200 qui malheureusement meurt d'une hernie étranglée.

La femme, suivie régulièrement depuis, va bien.

Chez cette femme très docile et dans de bonnes conditions générales, la grossesse n'entraîne aucun réveil de lésions.

Observation N° 12. — Mme Tr....., 20 ans



12 Juillet 1927



30 Octobre 1929



3 Mars 1932



27 Mai 1935

Obs. N° 13. — Mme Vey..., 22 ans.

Père mort de tuberculose pulmonaire à 48 ans, alors que la malade avait 11 ans.

Elle est vue pour la première foi en 1929, pour toux et expectoration matinale, asthénie.

L'examen graphique montre des lésions gauches.

Une cure sanatoriale est proposée et acceptée, elle reste en sana jusqu'en 1930, date à laquelle elle reprend son travail, mais continue à se faire suivre régulièrement.

En 1931, elle se marie et ne travaille plus au dehors.

En 1933, est enceinte, accouche normalement le 16 juillet 1934, suites de couches normales.

L'enfant, un garçon de 3 kg 130 est nourri au sein car la mère ne présente plus de bacilles, ce qui est confirmé par des examens minutieux et répétés pendant la grossesse.

Là encore pas d'influence constatée sur des lésions stabilisées.

Obs. N° 14. — Mme Var..., 27 ans.

Quatrième de treize enfants dont trois tuberculeux.

Première grossesse à 27 ans, alors qu'elle était en traitement par pneumothorax depuis un an et présentait encore des bacilles à l'examen direct.

La grossesse est très bien supportée dans de bonnes conditions matérielles et morales.

Accouchement normal en novembre 1931 d'un garçon de 3 kg 300 qui est séparé de la mère et reçoit du B.C.G.

Deuxième grossesse 3 mois après le premier accouchement. En novembre 1932 elle met au monde un garçon pesant 4 kg 500, les suites de couches sont normales.

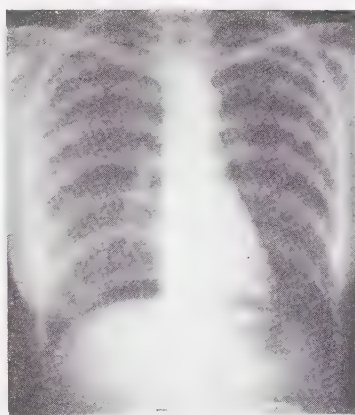
Comme le premier, cet enfant est séparé de la mère et reçoit du B.C.G.

Le pneumothorax est entretenu pendant ces deux grossesses et parfait

Observation N° 15. — Mme Ve....., 22 ans



29 Mars 1932



11 Mars 1933



7 Avril 1934



29 Novembre 1934

tement supporté. Il est arrêté en 1934 en juillet. La mère continue à se faire suivre très régulièrement et actuellement va très bien.

Les deux enfants revus aussi périodiquement, vont bien, et tous les deux présentent une cuti-réaction négative.

Il faut noter ici, que nous étions en présence d'une famille très unie et très diciplinée.

Pas d'influence constatée de la grossesse sur la sur la tuberculose.

Obs. N° 15. — Mme Va..., 25 ans.

Première grossesse à 25 ans, un an et demi après un épisode pulmonaire bacillifère, traité par pneumothorax et en voie d'amélioration.

La grossesse évolue normalement, les lésions pulmonaires continuent à s'améliorer.

Accouchement et suites de couches normaux. La malade depuis a repris une vie normale.

En 1933, en novembre, la malade commence une nouvelle grossesse qui est bien supportée, aucun incident à l'accouchement ni dans les suites de couches.

La malade a d'ailleurs nourri cet enfant au sein, et actuellement il est en bon état et présente une cuti-réaction négative.

Ici encore, aucune influence de deux grossesses n'est constatée sur des lésions pulmonaires indiscutables et traitées par pneumothorax.

Voici donc des observations où nos malades, tuberculeuses indiscutables, ont mené à bien leur grossesse et même plusieurs grossesses. Dans les cas que nous rapportons, et ceux que nous avons observés, nous n'avons pas constaté de réveil de lésions, il nous est donc permis de contester le rôle spécifique, que l'on veut faire jouer à la grossesse.

Nous avons éliminé volontairement les cas, et ils sont nombreux, où il n'y avait qu'une seule grossesse, il nous a semblé

plus démonstratif, d'apporter des observations de malades qui avaient supporté, sans répercussion sur leur état, deux et trois grossesses.

D'ailleurs, des auteurs sont d'accord pour affirmer le peu d'influence sur les formes traitées. Jottras, dans une thèse très documentée faite dans le service du Docteur RIST, trouve chez les femmes traitées par pneumothorax, près de 90 % de non évolution sur les formes stabilisées, et 58 % dans les formes non évolutives, mais non encore stabilisées.

Il pense, que : « ce pourcentage serait considérablement amélioré, si l'on pouvait obtenir davantage d'assiduité de la part des malades quant à la régularité du traitement et à la cure de repos, ce qui dépend en grande partie des conditions sociales et générales ».

Nous n'insistons pas sur les cas que nous rapportons, ils nous paraissent, par eux-mêmes assez démonstratifs.

Voyons maintenant des observations de formes stabilisées où la grossesse a été très bien supportée, mais qui ont évolué ultérieurement.

Obs. N° 16. — Mme Ro..., mariée.

Vue pour la première fois en 1927. Elle présentait une tuberculose pulmonaire de forme diffuse, localisée à gauche et révélée par une hémoptysie menstruelle bacillifère.

On crée un pneumothorax et le traitement est complété par une cure sanatoriale. Des difficultés d'insufflation, jointes au bon état général ont amené une cessation assez rapide du pneumothorax.

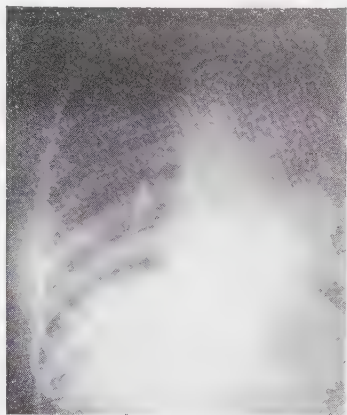
En 1928, elle devient enceinte, supporte très bien sa grossesse et accouche en septembre 1929 d'un enfant de 3 kg. Accouchement et suites de couches normaux. L'enfant meurt à trois semaines de gastro-entérite.

1930 la malade va bien et mène une vie normale.

En 1931, brusquement elle fait une broncho-pneumonie tuberculeuse qui l'emporte en trois semaines.

Voici une malade dont l'accouchement n'a pas été une cause de réveil de tuberculose stabilisée qui pourtant n'attendait qu'une occasion d'évoluer, puisque deux ans après éclatait une broncho-pneumonie terminale.

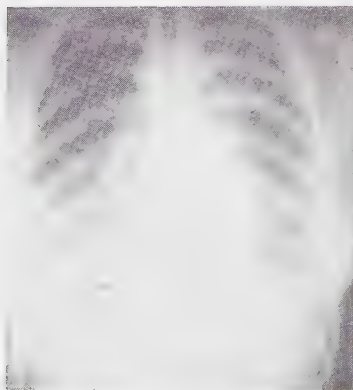
Observation N° 16. — Mme Ro....., B. 21 ans



25 Juin 1927



21 Novembre 1928



12 Décembre 1929

Obs. N° 17. — Mme Her..., 18 ans, célibataire.

Chez cette malade, un pneumothorax est institué en 1929 pour des lésions unilatérales droites. Le pneumothorax est entretenu huit mois seulement et arrêté pour cause de symphyse.

Un an environ après l'arrêt du pneumothorax, la malade devient enceinte. Grossesse bien supportée.

Accouchement normal en juin 1932, d'une fille née prématurément à 7 mois, pesant 1 kg 850. Gardée 10 jours à la maternité puis confiée à la mère et à la grand'mère, cette enfant meurt de méningite à 4 mois.

Donc :

Pneumothorax très court, mais efficace. Ni l'accouchement, ni les suites de couches n'ont influencé les résultats obtenus chez cette malade.

En février 1933, mauvaises conditions sociales et générales, on voit alors éclater du côté gauche des lésions qui vont en se précisant, puis du côté droit, traité antérieurement par pneumothorax, on voit apparaître une cavité.

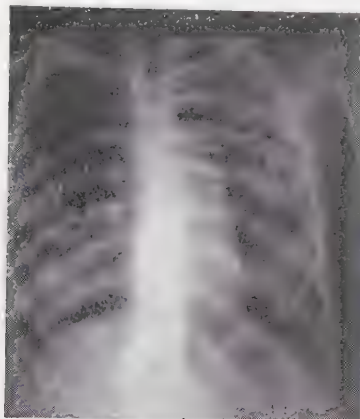
La malade meurt en octobre 1933.

Dans ces observations, nous constatons que le terrain était particulièrement propice pour favoriser l'éclatement d'une poussée évolutive, si vraiment la grossesse jouait un rôle, puisque ces formes évoluaient quelques années plus tard.

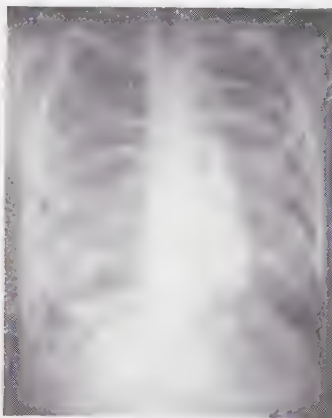
Dans l'observation N° 16, on voit se développer une broncho-pneumonie deux ans après l'accouchement.

Dans le cas 17, nous voyons un an et demi après, se développer des lésions qui, si elles avaient réellement reçu un coup de fouet au moment de la grossesse, n'auraient pas attendu ce temps pour évoluer.

Observation N° 17. — Mme Her....., 18 ans



23 Février 1933



1^{er} Juin 1933



17 Octobre 1933

II. — Formes en évolution au moment où est survenue la grossesse

Obs. N° 18. — Mme Re..., mariée, s'occupe chez elle de son ménage.

Création d'un pneumothorax en 1932, pour des lésions excavées récentes du lobe supérieur droit, comme le montre la radiographie.

Etat général médiocre, à ce moment-là, présence de bacilles dans les crachats.

Le pneumothorax se complique en 1934 d'un épanchement puriforme bacillifère.

Au cours de cet épanchement survient une grossesse (à noter que cette femme a eu deux enfants, antérieurement au début apparent de sa maladie).

Pendant la grossesse, le liquide abondant, nécessite plusieurs ponctions. En novembre 1934, accouchement normal et suites de couches sans incidents.

Depuis son accouchement la malade va bien, a repris du poids, ne crache plus et son état n'a pas nécessité de nouvelles ponctions.

L'enfant pesait 3 kg 750. Il a été séparé de sa mère, pris par la grand mère maternelle, préalablement examinée. Elevé au lait de vache, actuellement il est bien portant.

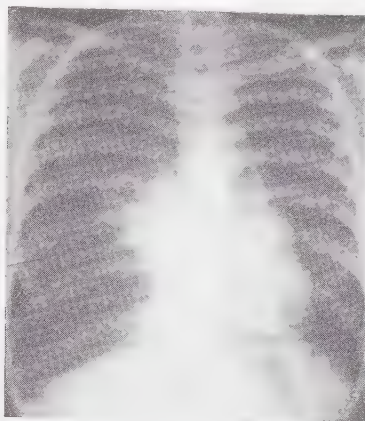
Chez cette femme les conditions générales étaient excellentes.

Observation d'une tuberculeuse présentant une pleurésie purulente active et qui supporte très bien sa grossesse.

Observation N° 18. — Mme Re.,.,., 35 ans



26 Juillet 1932



29 Octobre 1932



4 Octobre 1934



21 Février 1935



Décembre 1935

Obs. N° 19. — Mme Fe..., Marie-Louise.

Première grossesse au cours d'un pneumothorax institué pour des lésions pulmonaires unilatérales, évolutives, bacillifères.

Le pneumothorax est entretenu durant toute la grossesse avec une petite réaction liquidienne apparue antérieurement à la grossesse et qui disparaît au cours de celle-ci.

La grossesse est très bien supportée, et elle accouche en mars 1933 d'un garçon pesant 3 kg 250. Les suites de couches sont normales.

L'enfant est placé chez la sœur de la malade préalablement examinée.

Le pneumothorax est entretenu jusqu'en 1934 date à laquelle on l'interrompt à cause du bon état général et local.

Actuellement l'enfant va bien.

Grossesse survenue au cours d'une forme de tuberculose cavitare, en évolution, traitée par pneumothorax. Aucune influence apparente de la grossesse et de l'accouchement sur la maladie.

Observation N° 19. — Mme Fe....., Marie-Louise, 27 ans



1^{er} Mars 1932



7 Avril 1933



27 Avril 1935

Obs. N° 20. — Mme Rei...

Le début de la tuberculose, remonte, chez cette femme à 1927. Un pneumothorax est institué à cette époque, entretenu un an, puis arrêté à cause de symphyse.

La malade avait 3 enfants, âgés de 19, 18 et 14 ans.

Deux grossesses surviennent après son pneumo, nous ne savons pas comment elles ont été supportées. Un enfant est mort à 10 jours, le dernier-né en 1930 était un prématuré de 7 mois qui vécut seulement quelques heures.

En 1934, présente un état général médiocre de la dyspnée d'effort. Elle est, en outre, dans de mauvaises conditions sociales.

En 1935. Vient à la consultation et présente un retard de règles de 3 mois, un mauvais état général qui n'attire pas l'attention sur la possibilité d'une grossesse. On lui conseille l'hospitalisation, elle refuse et ne se fait plus suivre.

On apprend que la malade a accouché à la clinique Tarnier, en novembre 1935, d'un enfant de 2 kgs (accouchement par le siège).

Les suites de couches ont été normales et elle est sortie de la maternité 15 jours après l'accouchement. Elle rentre chez elle où elle peut se reposer (son mari en chômage fait le ménage).

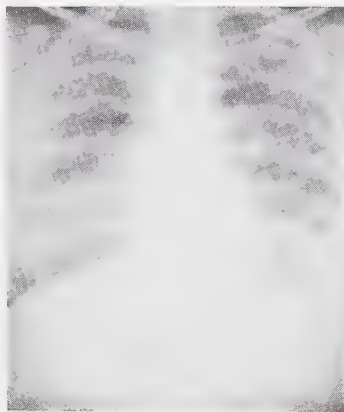
Revue actuellement, la malade présente un aspect satisfaisant, son poids est en progression.

Grossesse survenant sur une tuberculose ancienne, mais en poussée évolutive au moment du début de la gestation. Pas d'influence constatée.

Observation N^o 20. — Mme Rei....



17 Décembre 1934



13 Décembre 1935

Obs. N° 21. — Mme Vid..., mariée.

Vue pour la première fois en décembre 1932, porteuse d'un pneumothorax commencé en juillet 1930 à La Rochelle.

Elle arrive à la consultation avec un pneumothorax poussé à gauche, et à droite, l'examen montre l'existence d'une caverne apicale assez importante.

On entretient le pneumothorax gauche en modérant les insufflations. Avant de prendre une décision pour le côté droit on met la malade en observation. Un pneumothorax droit lui est finalement proposé, elle le refuse.

En janvier 1934, enceinte de deux mois on décide une interruption, sans enthousiasme. Elle est pratiquée le 20 février 1934.

Elle va à peu près bien ensuite. On laisse revenir progressivement le pneumothorax à gauche. Et elle part se reposer à la campagne.

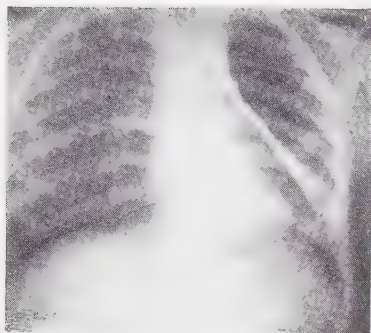
En janvier 1935 elle est de nouveau enceinte, et, à ce moment, connaissant mieux la malade, on décide de laisser évoluer la grossesse.

Celle-ci est très bien supportée et va normalement à terme. L'accouchement se passe bien et les suites de couches sont normales.

Depuis son accouchement, l'état général de la malade est très satisfaisant, elle reprend du poids, son expectoration va en diminuant.

Accouchement chez une femme présentant des lésions importantes et actives, une grosse caverne sous claviculaire à droite et d'anciennes lésions à gauche. L'on n'a pas constaté de réveil de lésions du côté du pneumothorax, et pas d'aggravation du côté droit.

Observation N° 21. — Mme Vi....



15 Décembre 1932



30 Mars 1935



22 Août 1935



Février 1936

Obs. N°22. — Mme Go..., mariée.

Malade vue pour la première fois en 1927, présentant des lésions pulmonaires gauches.

Un pneumothorax est créé en 1927 et complété par un cure sanatoriale de deux ans.

En 1929, la malade arrête son pneumothorax de son propre gré. Elle se marie et ne travaille pas au dehors.

Elle est revue en juillet 1931 enceinte de huit mois.

Cette grossesse est bien supportée et tout se passe normalement.

En 1933, nouvelle grossesse normale.

Deux grossesses bien supportées par une tuberculeuse présentant des lésions à tendance extensive. Conditions d'existence favorables, il faut noter cependant l'indocilité de cette malade.

Pas d'influence constatée de la grossesse sur la tuberculose.

Obs. N° 23. — Mme La..., 23 ans.

Première grossesse en 1932. Elle est envoyée par la maternité parce qu'elle accuse un point de côté. L'examen montre des lésions pulmonaires bilatérales avec présence de bacilles.

On met la malade au repos, elle va se reposer dans sa famille à la campagne et supporte très bien sa grossesse.

Accouchement normal en novembre 1932. L'enfant séparé de sa mère est confié au Placement Familial des Tout-Petits.

En octobre 1934, on revoit la malade au cours d'une deuxième grossesse. Grossesse bien supportée et accouchement et suites de couches normaux.

Deux grossesses donc, bien supportées par une malade présentant des signes de tuberculose active.

Obs. N° 24. — Mme Da..., 31 ans.

Première grossesse à 31 ans et tuberculose dépistée à cette occasion. Elle présentait à cette époque, des lésions bilatérales diffuses, sans image spéléonquaire.

Bacilloscopie positive.

La grossesse se fut très bien supportée, mais ni la malade ni le mari ne voulant de séparation, cette femme cesse de se faire suivre. La visiteuse a pu seulement nous dire que la malade avait eu un accouchement normal ainsi que les suites de couches et que l'enfant élevé par la mère allait bien.

Obs. N° 25. --- Mme Di... célibataire.

Vue pour la première fois en avril 1930.

Elle présentait des lésions étendues à droite avec spélonque, à gauche l'on peut déjà remarquer des lésions discrètes.

L'état général est mauvais. Un pneumothorax droit est institué et complété par une cure sanatoriale d'un an. Pendant son séjour en sana les lésions gauches vont en s'accroissant, son expectoration reste constamment bacillifère.

A son retour de sana, on décide de laisser revenir son pneumothorax, mais elle cesse alors de se faire suivre très régulièrement.

En octobre 1932, elle revient avec des vomissements qui sont rattachés à une toux émétisante. Elle est admise en salle avec une température oscillante. Le diagnostic de grossesse est fait vers le quatrième mois.

La grossesse se poursuit presque à terme. L'enfant vit seulement quelques heures.

La malade meurt en février 1933.

Observation montrant une grossesse survenant chez une malade présentant une tuberculose bilatérale évolutive, il nous semble que la tuberculose a continué son évolution dans le sens où elle s'était amorcée.

Observation N° 25. — Mme Di....



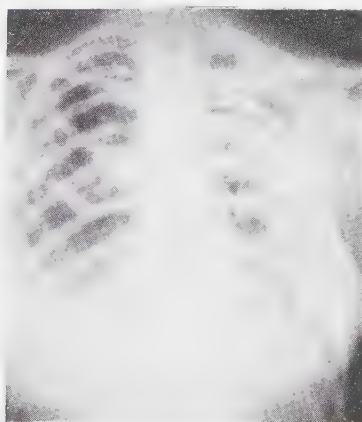
5 Avril 1930



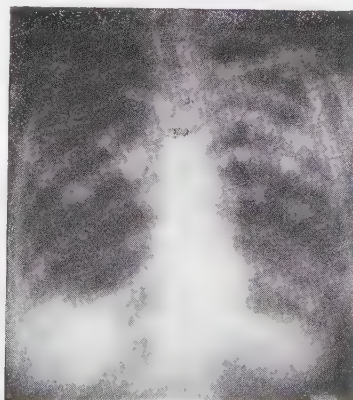
11 Février 1932



14 Juin 1932



14 Janvier 1933



12 Février 1933

Obs. N° 26. — M. Ch... Marie, 24 ans, mariée.

Première grossesse en 1924, accouchement normal à terme d'une fille, suites de couches normales.

Cette enfant meurt en janvier 1926 de méningite (?).

Vue en mai 1926 avec des lésions pulmonaires unilatérales gauches, bacillifères évolutives.

On institue un pneumothorax qui est satisfaisant au début mais la malade rentre chez elle dans de très mauvaises conditions (mari éthylique qui lui fait subir de mauvais traitements).

Le pneumothorax est entretenu d'une façon ambulatoire dans de mauvaises conditions. En avril 1927 elle est revue. Elle présente à ce moment-là une grossesse de quatre mois environ.

L'état de la malade s'aggrave d'abord, puis s'améliore un peu, et le 20 octobre elle accouche au forceps d'un garçon vivant, pesant 2 kg 200, et qui vit seulement quelques jours (traumatisme obstétrical).

La malade meurt peu de temps après l'accouchement.

Les conditions sociales et morales sont ici au premier plan dans l'évolution de la maladie. Ce sont elles les responsables de l'évolution des lésions plus que la grossesse par elle-même.

Obs. N° 27. — Mme Ve..., 28 ans, mariée.

Première grossesse à 28 ans, un an après l'éclatement de lésions pulmonaires traitées par pneumothorax. Accouchement et suites de couches normaux. Le pneumothorax est entretenu régulièrement pendant la grossesse.

Trois mois après l'accouchement, apparaissent des signes radiographiques du côté opposé au pneumothorax, l'expectoration à ce moment redevient positive et en même temps apparaissent des signes laryngés.

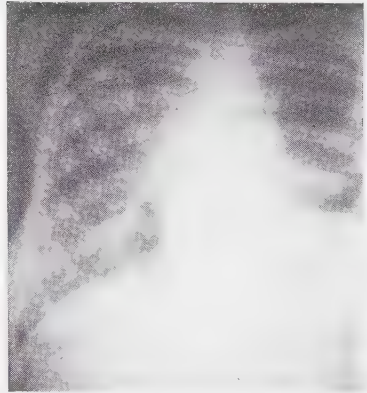
Le pneumothorax droit est arrêté et l'on institue un pneumothorax gauche avec de bons résultats pendant un an.

Mais la malade se trouve alors dans des conditions générales

Observation N° 26. — Mme Ch....., Marie, 24 ans



7 Juillet 1926



Août 1927

pénibles. Elle présente des séries d'améliorations et de rechutes coïncidant avec une mise au repos dans sa famille pour les améliorations, une reprise de la vie à Paris dans son ménage pour les rechutes.

Elle meurt en 1933, trois ans après l'accouchement.

Ici encore grossesse bien supportée, évolution trois années après sous l'influence de facteurs psychosociaux.

Obs. N° 28. — Mme Pe..., 25 ans, Mariée.

Première grossesse à 25 ans au cours d'un pneumothorax commencé quelques mois auparavant pour des lésions pulmonaires importantes, d'abord unilatérales, mais qui se bilatéralisent assez vite.

Malgré cette bilatéralisation on laisse la grossesse évoluer et celle-ci est relativement bien supportée.

En octobre 1928, accouchement par le siège (l'enfant présente une fracture du fémur).

Dans le mois qui suit l'accouchement, les bacilles qui avaient disparu de l'expectoration pendant la grossesse réapparaissent, cependant que l'état général reste stationnaire et que les lésions sous pneumothorax ont une tendance à l'amélioration.

En juin 1929, on arrête le pneumothorax droit en raison de l'amélioration des lésions de ce côté, et de la constitution du côté opposé d'un bloc symétrique à la première lésion droite.

On envisage à ce moment un pneumothorax gauche, mais une poussée granulique emporte la malade.

Evolution un an après l'accouchement, bilatéralisation déjà commencée avant l'accouchement et qui ne semble pas avoir été influencée en quoi que ce soit par lui.

La grossesse nous l'avons vu, n'entraînait, quand elle survenait chez des femmes présentant des lésions stabilisées, aucune modification, ni réveil de lésions, ni éclatement de pous-

sées évolutives graves. Et pourtant chez certaines de nos malades, les lésions n'attendaient qu'une occasion de se rallumer, puisque sous certaines influences elles évoluaient quelques années après.

Comment se sont comportées les formes évolutives ?

Chez les unes, on ne constate aucune aggravation. C'est le cas N° 18; la grossesse survient chez une femme présentant des lésions évolutives et une pleurésie purulente. Ces lésions ont suivi leur cours. Chez cette femme mise au repos et en surveillance, ponctionnée de temps en temps, et c'est malheureusement le seul traitement que l'on puisse opposer à ces formes, loin de voir une aggravation survenir à l'occasion de la grossesse, nous n'avons constaté qu'une amélioration progressive des lésions. C'était là le but à atteindre ; il a été obtenu de la même façon que s'il n'y avait pas eu grossesse.

Et le cas N° 21, voici une femme sur laquelle au début de 1934 est pratiqué un avortement thérapeutique. Elle redevient enceinte en 1935; la connaissant mieux, comme elle manifestait le désir d'être mère, nous n'envisageons pas d'interruption. Cette malade supporte admirablement sa grossesse avec une énorme cavité en évolution et un côté opposé sur lequel un pneumothorax a été pratiqué. L'on ne peut vraiment pas constater un réveil de lésions à gauche, pas plus qu'une aggravation des lésions à droite. C'est pourtant un de ces cas qui réalisent toutes les conditions d'interruption. Si nous l'avions faite comme l'année précédente, les lésions n'auraient probablement pas subi une évolution plus favorable et l'on aurait attribué le succès de la stabilisation à l'interruption de cette grossesse. Les résultats obtenus ont donc été les mêmes quant à l'état physique de la malade, qu'on ait interrompu ou non la grossesse ; mais l'influence bienheureuse de la maternité sur le moral de cette femme, qui désirait ardemment être mère est indiscutable. Sa maladie ne pourra qu'en être améliorée.

Les autres cas moins démonstratifs, peut-être, n'en mon-

trent pas moins la non-aggravation de lésions tuberculeuses graves uni ou bilatérales par la grossesse.

Un deuxième groupe d'observations nous apporte des formes qui semblent avoir été influencées par l'état gravidé et l'accouchement. Que s'est-il donc passé ?

Le cas N° 25 nous montre une forme pour laquelle le pronostic est réservé surtout parce que la malade est indocile, refuse de se faire suivre régulièrement, ne tient aucun compte des directives de repos qu'on lui donne. Qu'advient-il quand survient la grossesse ? La bilatéralisation progresse peu à peu, pas plus rapidement qu'on n'est en droit de s'y attendre, elle traîne jusqu'à son accouchement et meurt.

N'importe quel ptisiologue, en présence des lésions que montre la radiographie de juin 1932 n'aurait été optimiste quant à l'évolution ultérieure de la maladie. Une grossesse est survenue sur cette bilatéralisation, il ne semble pas qu'elle l'ait influencée en quoi que ce soit, celle-ci a suivi son cours, c'est ce qu'il nous semble logique de conclure de cette observation.

De même dans le cas N° 26, c'est une malade indocile, pas de sa faute assurément, mais elle a un mari alcoolique qui ne lui rend pas la vie bien belle. Ces mauvaises conditions générales sont sûrement en cause dans la bilatéralisation de ses lésions.

On ne relève pas ici, pas plus d'ailleurs que dans l'observation précédente, que la grossesse ait influencé défavorablement la maladie. Celle-ci a suivi son cours sur ce terrain gravidé de la même façon que si l'état de grossesse n'avait pas existé.

L'observation N° 27 nous montre l'apparition trois mois après l'accouchement, d'une bilatéralisation. En présence de la constatation de cette aggravation, la tentation est grande de la rapporter à la grossesse. En réalité, avant de porter cette conclusion, on doit demander qu'une analyse des faits, exclue

toutes autres causes aggravantes et tout particulièrement celles qui habituellement font évoluer les lésions.

Que conclure de l'étude d'ensemble de ces formes ?

D'abord, comme dans toutes formes quelles qu'elles soient, l'évolution dépendra avant tout des conditions sociales et morales, nous nous sommes déjà expliqué là-dessus.

De l'étude des observations rapportées et des nombreux autres cas qu'il nous est matériellement impossible de rapporter ici il nous semble que l'influence sur les formes évolutives quelle que soit la forme anatomo-clinique (nous n'avons pas fait de classement dans nos observations, mais les radiographies que nous apportons permettent de se rendre compte de la forme en cause), comme sur les formes stabilisées, l'influence de la grossesse ne joue que par des modifications adjuvantes. Les formes qui devaient évoluer évoluent de la même façon, que la femme soit enceinte ou non. Evidemment aucun critère ne nous permet d'évaluer le potentiel évolutif d'une lésion à l'heure actuelle. Aussi notre opinion ne repose-t-elle pas sur des bases rigoureuses, mais cependant sur des observations cliniques.

III. — *Les poussées évolutives du post-partum*

Si à l'heure actuelle, les auteurs admettent de plus en plus que l'influence de la grossesse sur la tuberculose est discutable et nous venons de voir quelle l'est, en effet, et quels sont les facteurs qui jouent à côté de la grossesse, il semble qu'il y ait quasi unanimité sur l'idée de l'aggravation de la tuberculose par l'accouchement et les suites de couches.

Il convient ici de distinguer deux groupes de faits :

Un premier groupe, concernant des malades dont l'examen, avant ou pendant la grossesse, avait permis de diagnostiquer la tuberculose et de rechercher une précision pronostique.

Les difficultés de cette recherche ont à peine besoin d'être signalées. Dans la pratique cependant les observations publiées par les auteurs, rattachent les formes qui tournent mal sous l'influence apparente du *post-partum*, aux formes évolutives au cours de la grossesse.

Un deuxième groupe concerne les formes où la tuberculose pulmonaire apparaît inattendue, et, où son éclatement au cours du *post-partum* est une révélation aussi soudaine qu'impresionnante par sa gravité manifeste d'emblée.

Entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires existeraient, ce qui rendrait impossible l'établissement d'un pronostic chez une femme enceinte tuberculeuse, ou même simplement suspecte de tuberculose.

Ainsi posée, la question prend un caractère tragique, et les solutions les plus graves et les plus absolues peuvent lui être apportées.

Avoir vu chez une femme en bonne santé, après une grossesse bien supportée, survenir la maladie des anciens auteurs : la phthisie galopante inexorable, est un motif puissant de chercher à épargner la grossesse à un organisme en puissance de tuberculose.

Mais d'autre part, l'extrême fréquence des cas où la tuberculose existe chez des femmes en bonne santé apparente, et ne se manifeste que par des signes discrets sans être jamais influencée par des accouchements même répétés, rend compte de la complexité d'une question dont la gravité seule est incontestée.

On conçoit alors que la crainte de la transformation après l'accouchement d'une affection bénigne en une affection grave, ou la crainte de l'apparition inopinée de cette dernière, peut aboutir à une ligne de conduite aussi stricte que celle tracée par l'adage de Peter pour les cardiaques, dans un temps peu éloigné quoique révolu.

La constatation de la rareté de ces observations parmi les

documents apportés sur cette question, nous avait incité à en rechercher de nouvelles.

Malheureusement, il ne nous a pas été possible d'en recueillir de complètes. Les faits constatés par nous ne comportent en aucun cas d'observations de ce genre. Certaines de nos malades ont bien cependant présenté une aggravation dans les jours suivant l'accouchement et sont mortes rapidement, mais dans tous ces cas, le pronostic fatal avait été porté en même temps que le diagnostic, avant même la grossesse où dès son début. La plupart ont trait à des femmes se trouvant dans des conditions difficiles, rendues très pénibles du fait même de la grossesse. Leur état de moindre résistance résultant des conditions d'existence défavorables, avait déjà permis à la tuberculose de se manifester avec l'allure sévère qu'elle revêt si volontiers sur un organisme déficient, lorsque la grossesse a commencé. L'état gravide a agi ici, d'abord et surtout par ses conséquences sur la situation matérielle et morale de la malade. Son rôle biologique, dont le mécanisme encore incertain nous échappe, de toute façon est demeuré là au second plan.

Voici ces observations :

Obs. N° 29. — Mme Chan..., 30 ans, Mariée.

Le début de la maladie est mal précisé. Un pneumothorax est institué sur des lésions droites en juin 1927. Dès mai 1928 apparition du côté gauche de taches floues dans la région moyenne externe, mais pas de B. K. dans l'expectoration.

En septembre 1929, après plus de deux ans de pneumo l'expectoration devient positive.

En octobre 1929 elle devient enceinte, sa grossesse est bien supportée, on remarque même une stabilisation des lésions gauches.

En juin 1930, accouchement normal d'un garçon pesant 3.170 gr.

Aussitôt après l'accouchement on assiste à une bilatéralisation aiguë, la malade meurt en juillet 1930.

Dans cette observation la grossesse coïncide avec un début de bilatéralisation chez une tuberculeuse antérieurement traitée par pneumothorax. La grossesse est bien supportée, mais après l'accouchement éclate une poussée évolutive mortelle.

Obs. N° 30. — Mme Pe..., 21 ans.

Troisième grossesse en 1929, après une série d'épisodes de tuberculose pulmonaire et de tuberculose externe. Cette malade est soignée très irrégulièrement, elle est très indocile, refuse son placement en sanatorium et les insufflations d'un pneumothorax.

La grossesse est assez bien supportée et se poursuit sans incident jusqu'au terme de huit mois. Accouchement d'un enfant pesant 2.280 gr.

La malade meurt rapidement six semaines après l'accouchement au milieu d'accidents d'allure gravido cardiaque, l'évolution pulmonaire est cependant certaine.

Donc, observation d'évolution du post-partum, l'accouchement peut-il être mis en cause? Cette évolution était fatale, d'une part vu la gravité des lésions, d'autre part vu les mauvaises conditions générales de cette malade qui refusa toujours de se faire soigner.

Comme observations d'évolution *post-partum* nous signalons encore les cas 25 et 26.

Voici maintenant une observation que nous devons à l'obligeance de notre Maître M. le Professeur agrégé GUÉNIOT.

Tuberculose pulmonaire à marche foudroyante après l'accouchement, masquée jusqu'à quatre jours avant la mort par une infection puerpérale concomitante. Mort 18 jours après l'accouchement.

Mme C..., 27 ans, journalière, primigeste, ayant eu ses dernières règles le 1^{er} juin 1926, accouche le 10 mars 1927 chez une sage-femme agréée des hôpitaux, après une grossesse sans incident ; elle a travaillé jusqu'à son accouchement comme fille de restaurant. L'accouchement nécessite un forceps pour ralentissement de la progression et ralentissement des bruits du cœur fœtal. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.100 gr.

Le lendemain 11 mars, elle est transférée à l'hôpital (service d'isolement) parce qu'elle a 39°. La fièvre persiste les jours suivants. On lui fait des injections intra-veineuse de « Septicémine ». Lochies fétides grisâtres. En outre elle tousse.

Devant son état général peu satisfaisant et la persistance de la fièvre, je fais pratiquer le 16 mars une injection hypodermique de deux centimètres cube d'essence de térébenthine à une cuisse pour provoquer un abcès de fixation. Dès le lendemain il y a une réaction, mais relativement faible et qui le reste les jours suivants. On continue les injections intra-veineuses ou intra-musculaires de « Septicémine » tous les jours suivants jusqu'au 21 mars inclus. Mais la fièvre ne baisse pas, l'état général reste mauvais. Le 21, le 22, on note des râles sibilants de bronchite.

Le 24, on fait examiner les crachats au point de vue B. K., et cet examen est abondamment positif. Dès ce résultat connu l'allaitement au sein qui avait été continué jusqu'alors, le diagnostic de tuberculose n'ayant pas été porté ni même envisagé, est supprimé.

A ce moment les signes d'infection génitale ont disparu, l'écoulement lochial redevenu normal est maintenant presque nul, l'utérus a regressé, et l'existence d'une tuberculose évolutive non soupçonnée jusqu'alors rend compte de la persistance de la fièvre et du mauvais état général malgré l'amélioration de l'appareil génital.

En auscultant attentivement, je trouve au sommet pulmonaire droit des signes de ramollissement, gros râles humides. La malade interrogée, dit qu'elle toussait depuis deux ans, mais elle ne s'était pas soignée et n'avait pas eu de troubles tels qu'elle eût été amenée à se faire soigner. Elle avait même travaillé jusqu'à son accouchement.

Les jours suivants son état général décline, de l'œdème apparaît aux membres inférieurs. Finalement elle succombe le 28 mars.

Autopsie. — Une petite caverne grosse comme une noisette, au sommet du poumon droit. Infiltration tuberculeuse et induration du sommet du poumon gauche. En outre dans toute l'étendue des deux pou-

mons existe un semis de granulations tuberculeuses, lésions sans doute récentes qui sont venues s'ajouter aux lésions anciennes des sommets. (Obs. 31).

Dans les observations, de malades suivies avant et pendant la grossesse, de femmes non examinées au point de vue pulmonaire avant l'accouchement et où l'on voit des évolutions *post-partum* dramatiques, que constatons-nous?

Dans les cas 29 et 30, nous voyons la maladie suivre son cours ; c'est d'ailleurs ce que nous avons déjà observé dans les cas 25 et 26.

Chez toutes ces malades, les cas que nous rapportons et ceux que nous avons observés, ce qui nous a frappé, c'est que malgré la gravité des lésions, toutes ont mené leur grossesse jusqu'à un terme acceptable souvent même jusqu'au terme normal.

L'observation montre que si elles ont mené ainsi leur grossesse, c'est qu'après le troisième mois environ les lésions tuberculeuses subissaient une atténuation, puis brusquement après l'accouchement, la maladie stabilisée pendant la grossesse évoluait d'une manière rapide.

Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer à l'accouchement ou aux suites de couches cette évolution. Elle aurait eu lieu s'il n'y avait pas eu grossesse, vraisemblablement plus tôt, peut-être aurait-elle été moins dramatique, elle n'en aurait pas été moins réelle.

L'accouchement et les suites de couches n'ont pas joué par des modifications biologiques ou mécaniques maternelles. Dans les cas graves pendant la grossesse, il y a eu stabilisation des lésions sous des influences que d'aucuns appelleront état « d'eutrophie », celles-ci disparaissant à l'accouchement ont permis à la maladie de brûler les étapes et d'aboutir au terme fatal dans les délais prévus.

Dans les formes méconnues pendant la gestation, débutant après l'accouchement, cette « eutrophie » a joué aussi pendant

la grossesse, l'évolution se serait déclanchée plutôt sous l'influence des facteurs qui font que la grossesse est mal supportée socialement et moralement. Elle a empêché la maladie de se révéler en contrebalançant les mauvaises conditions apportées par l'état de grossesse. Sa disparition au moment de l'accouchement a permis à ces forces sociales et morales néfastes accumulées de s'exercer avec une rigueur toute particulière sur la maladie lui faisant regagner le temps perdu, allumant une poussée évolutive après l'accouchement.

En résumé, ces formes si dramatiques nous semblent :

D'une part prévisibles, dans les cas où l'on a affaire à des malades suivies. Le pronostic fatal est porté en général avant même la grossesse. Celle-ci apparaît comme un élément de sursis mais la maladie après la stabilisation trompeuse due à l'état gravis, accélère son évolution.

D'autre part, dans certains cas elles paraissent pouvoir être évitées, grâce à l'examen prophylactique, qui, pratiqué systématiquement, permettrait d'agir sur les facteurs déclanchants de la maladie, les facteurs sociaux et psychiques.

IV. — *Observations où l'avortement a été pratiqué*

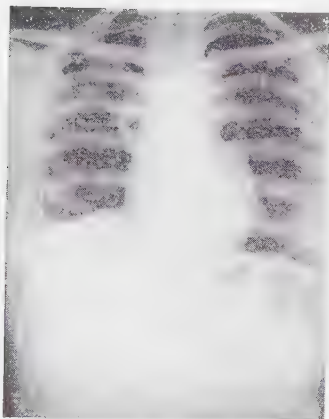
Nous avons peu d'observations de ce genre. Il nous faut rappeler celle de Mme Vi... (obs. N° 21). Nous avons vu que cette femme, qui avait subi une interruption en 1934, a parfaitement supporté une grossesse en 1935, sans déclancher d'évolution. La grossesse a été respectée en 1935, parce que nous connaissions mieux la malade, et parce que son désir de maternité était très grand. Les conditions sociales au milieu desquelles vivait cette femme étaient très bonnes, et de ce côté la grossesse n'apportait aucune influence fâcheuse.

Obs. N° 32. — Mme Ma...

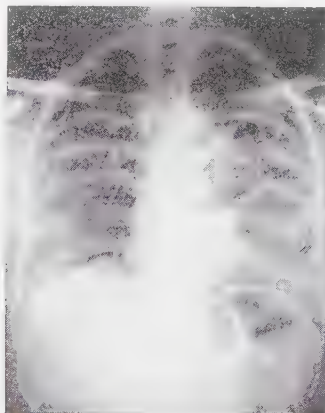
Vue pour la première fois en 1928 avec des lésions étendues anciennes (un compte rendu scopique de 1925 mentionne :

Le 1/3 supérieur du poumon droit est complètement opaque ne s'é-

Observation N° 32. — Mme Ma..., L



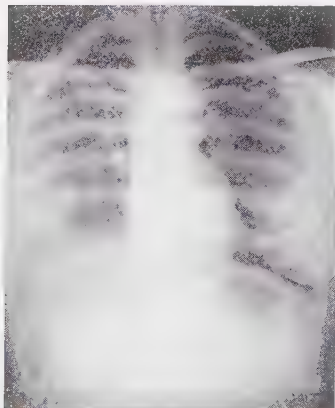
26 Octobre 1930



2 Novembre 1931



3 Novembre 1932



14 Août 1934

clairant pas à la toux, avec grandes travées de sclérose se prolongeant jusqu'au hile.

Le sommet gauche et la région sous claviculaire sont pris et ne s'éclairent que faiblement à la toux. Hile gauche très étendu avec travées de sclérose irradiant dans tout le champ pulmonaire) pour lesquelles on se demande s'il y a lieu de faire un pneumothorax. La malade d'ailleurs le refuse, elle se fait suivre plus ou moins régulièrement.

En novembre 1930 elle est enceinte, l'interruption est envisagée et faite à trois mois. Suites normales.

En novembre 1931, nouvelle grossesse, nouvelle interruption. Depuis, va bien, présente des bacilles dans son expectoration par intermittence.

L'on a fait pratiquer l'avortement ici, non pour la gravité des lésions (ce sont pourtant de celles qui pour les interventionnistes remplissent les conditions suffisantes pour justifier l'interruption), mais à cause des mauvaises conditions générales, et, en outre, ayant une syphilis récente on pouvait avoir des doutes sur la valeur du produit. L'état pulmonaire de la malade empêchait d'ailleurs un traitement anti-spécifique aussi actif que l'aurait nécessité son état de grossesse.

Notre expérience sur ce sujet est évidemment très limitée, mais il nous semble bien cependant que puisque l'avortement ne guérit rien, qu'il supprime seulement le retentissement de la grossesse sur la maladie, retentissement qu'on veut voir énorme, étant donné l'opinion que nous avons quant à ce retentissement, l'interruption de la grossesse chez la femme tuberculeuse ne doit être réservée que dans les cas où l'état de la malade est menacé par un retentissement organique autre, du fait de sa gravidité, cardiaque en particulier, et tel qu'on l'observe dans le cas suivant :

Aucun antécédent héréditaire, aucune affection personnelle à retenir

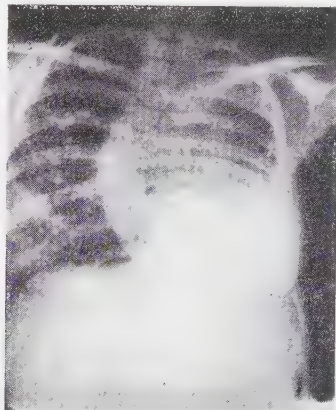
Obs. N° 33. — Mme Gil..., 26 ans.

jusqu'à l'âge de 16 ans. A cette époque, elle présente un épisode pulmonaire aigu pour lequel elle est hospitalisée à Tenon. On lui institue un pneumothorax, elle reste 16 mois à l'hôpital, puis part à Brevannes où elle reste un an.

Observation N° 53. — Mme Gil..., 26 ans



19 Décembre 1935



27 Février 1936

A sa sortie, en assez bonne santé elle reprend son travail de vendeuse et ne se fait plus insuffler.

En avril 1932, elle présente une nouvelle poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, qui nécessite son admission à Tenon, on lui institue un traitement par les sels d'or, puis va à nouveau à Brévannes où elle reste jusqu'en 1934. A sa sortie elle continue à se reposer.

En mars 1935, se marie.

Nous la voyons pour la première fois en décembre 1935, présentant une grossesse de trois mois environ et au point de vue pulmonaire pas de lésions en apparence active. Elle ne crachait pas, un examen de selles reste négatif.

Cependant on est frappé par l'apparence chétive de la malade et on note en outre, une scoliose, qui aux dires de la malade ne serait apparue qu'à l'âge de 16 ans.

Un examen cardiaque est demandé. Le cardiologue répond : Rétrecissement mitral bien compensé à surveiller de très près malgré l'absence de signes de décompensation actuellement, à cause de la grossesse.

En février 1936 on lui trouve à la maternité de l'albumine dans les urines et on lui institue un régime qu'elle suit avec une extrême rigueur.

A la fin de février elle fait un épisode grippal. Mauvais état général, dyspnée, peu de fièvre. Il nous semble intéressant de noter que l'apparition de cet épisode survient au cours d'un régime très stricte et au milieu de gros ennuis matériels (mari qui vient de perdre sa place). Admise actuellement dans le service, son état est stationnaire.

CHAPITRE VI

QUELLE CONDUITE TENIR EN PRESENCE D'UNE FEMME ENCEINTE TUBERCULEUSE

Au cours de cette étude nous avons vu quelle importance prenaient les conditions sociales et le facteur psychique sur l'évolution de la maladie.

Il nous semble qu'une conduite particulière, chez les tuberculeuses enceintes peut être indiquée, à côté bien entendu des indications de thérapeutique active que comporte leur cas.

I. — Pendant la grossesse

Il importe :

- d'améliorer les conditions matérielles de ces malades ;
- de faire en sorte que la grossesse soit bien supportée.

1° Améliorer les conditions matérielles.

Il faut prévoir pour les femmes enceintes tuberculeuses des possibilités de repos.

Ce repos peut être obtenu soit par le placement en sanatorium, soit en maison maternelle, soit organisé à domicile.

Les effets obtenus par la cure sanatoriale, sont évidemment

parmi les meilleurs que l'on puisse souhaiter. Mais il existe encore trop de difficultés à l'heure actuelle pour faire admettre rapidement les femmes enceintes. On oublie trop que ces malades ne peuvent attendre longtemps leur tour. Il y a là toute une organisation à améliorer.

Les maisons maternelles. Elles rendent de grands services, mais elles n'admettent pas de malades contagieuses.

Le sanatorium, la maison maternelle sont très bien au point de vue matériel, ils réalisent parfaitement le but que l'on se propose d'atteindre, mais ceci n'est pas toujours très favorable pour l'état moral des malades. La séparation d'avec un mari, d'avec des enfants, n'est pas toujours une solution heureuse, l'équilibre du ménage en souffre. Les malades subissent une répercussion morale de cette séparation, qui est très difficile à déceler, encore plus difficile à apprécier. La conciliation de tous ces repos est un très gros problème qui dépasse de beaucoup le cadre de cette étude, qu'il nous suffise de dire que la tuberculeuse enceinte a besoin plus que toute autre de repos, qu'il faut envisager ce facteur avec tout son intérêt.

2° Faire en sorte que la grossesse soit bien supportée.

Ceci n'est plus de la compétence du médecin, mais il est cependant un état sur lequel il peut agir, un état psychique qui a des répercussions énormes sur la façon dont la grossesse sera supportée, état dont il est responsable ; nous nous expliquons :

La notion d'aggravation de la tuberculose par la grossesse est une notion trop ancrée dans les idées. Combien de femmes redoutent de devenir enceintes et combien voient survenir la grossesse comme une catastrophe ? Elle en devient une en effet quand elle survient avec cet état d'esprit. Aussi le médecin a-t-il le devoir de lutter de toutes ses forces contre ces préjugés. Nous disons bien préjugés, les plus pessimistes admettent le non retentissement dans une majorité de formes de tuberculose.

La généralisation de l'idée d'aggravation entraîne :

— des réveils de lésions quand elle se développe chez des femmes dont les idées morales ou religieuses font repousser l'interruption. Elles ne voient leur salut que dans l'avortement et ne peuvent l'admettre. Cela crée, à notre avis, un état d'esprit suffisant pour aggraver leurs lésions.

— « Le massacre des innocents » comme le disait Léon Bernard. Avec ces idées, celles qui ne seront retenues par aucune morale se feront avorter à tout prix, trop souvent dans des conditions lamentables.

II. — L'accouchement

Il devra être fait dans les meilleures conditions possibles. L'accouchement systématique au forceps a été préconisé, peut-être est-ce abusif et ne doit-on le réserver qu'aux cas où se trouvent réalisées ses indications générales. Cependant nous le ferions plus volontiers dans les cas habituels, quand la période d'expulsion commence à se prolonger.

L'idéal serait évidemment l'accouchement sans douleurs ni efforts au moment choisi. Celà sera peut-être un jour réalisé.

III. — Après l'accouchement

— Laissera-t-on allaiter ? Quand, comment ?

La grossesse et l'accouchement s'étant passés normalement, il faut conserver la mère dans son état, sauvegarder l'enfant de la contagion tout en le mettant dans les meilleures conditions d'élevage.

La réponse à ces questions doit être méditée pendant la grossesse, c'est très important.

LA QUESTION DE L'ALLAITEMENT

Une femme tuberculeuse, dans un petit nombre de cas, peut nourrir son enfant.

Elle le peut quand les deux conditions suivantes sont réalisées :

1° — *elle n'est pas contagieuse.*

2° — *elle peut ne s'occuper que de l'allaitement.*

1° — *La mère n'est pas contagieuse.*

Pour pouvoir affirmer cet état, il est nécessaire d'avoir fait des examens sérieux, minutieux et répétés.

Nous ne nous contentons pas de quelques examens directs ou même avec homogénéisation, mais d'examens en série et surtout d'inoculations et de cultures. Le temps matériel de ces recherches nous est permis dans la majorité des cas grâce à la surveillance à laquelle nous soumettons nos femmes pendant leur grossesse.

Il faut être très sévère pour ces examens. Ne pas seulement recourir à l'examen des crachats, mais aussi à l'examen des selles, voir même du liquide gastrique recueilli par tubage.

2° — *La mère peut ne s'occuper uniquement que de l'allaitement.*

Si les soins nécessités par le nouveau-né peuvent être donnés par une personne étrangère, si l'enfant est bien éduqué dès le début, c'est-à-dire si l'on est très strict sur la régularité des tétées, la mère peut nourrir. Nous ne concevons pas en effet que mettre un enfant au sein toutes les trois heures représente le si gros effort et le rôle débilitant qu'on veut faire jouer à cet acte.

Ce qui occasionne la fatigue chez les jeunes mères c'est, d'une part, le sommeil insuffisant, d'autre part le surcroît de travail apporté par les soins que nécessite un nouveau-né. Ces soins sont considérables, nous y insistons pour une femme qui est seule pour les donner et qui s'occupe par surcroît de son ménage.

Ces causes de surmenage supprimées, la mère ne fera aucune évolution de ses lésions. Ce n'est pas le but de notre thèse, mais dans beaucoup de nos observations les femmes ont nourri et celles qui remplissaient les conditions que nous venons d'énumérer n'ont jamais fait d'évolution.

Avant de terminer ce paragraphe nous voulons insister sur une manière de faire assez répandue et qui est la suivante. Quand une mère n'est pas contagieuse, on lui laisse son enfant mais on lui déconseille vivement l'allaitement.

Cela paraît illogique. On supprime l'allaitement par crainte de fatigue, on admet qu'il apporte à l'organisme de mauvaises conditions de résistance, mais on n'hésite pas à laisser la mère s'occuper de tous les autres soins que nécessite son enfant, et ils sont pénibles. Ce sont eux qu'il faut éviter si l'on considère le surmenage comme un facteur d'éclosion de la tuberculose, de réveil de lésions, et d'éclatement de poussées évolutives, ce qui nous semble indiscutable.

La mère est contagieuse.

Là, la question de l'allaitement ne se pose pas.

L'enfant sera séparé dès la naissance. Bien entendu la mère après l'accouchement sera toujours sous surveillance et traitée activement à la demande des lésions, mais des possibilités de repos seront encore comme avant l'accouchement, tout particulièrement envisagées.

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas où le début apparent de la tuberculose semble coïncider avec l'état gravide, l'observation précise montre qu'il s'agit, en réalité, dans la majorité des cas, de lésions ayant débuté avant la grossesse.

Celle-ci est une cause révélatrice et non une cause d'éclatement de la maladie.

Dans les cas rares où la tuberculose survient pendant la grossesse, celle-ci n'intervient pas directement par des modifications biologiques et mécaniques liées à l'état gravide, mais indirectement par les mauvaises conditions sociales au milieu desquelles elle est menée, le retentissement matériel qu'elle est susceptible d'entraîner, l'état psychique et moral qu'elle modifie.

La grossesse n'est donc pas une cause déclanchante de tuberculose quand les conditions sociales et morales sont bonnes.

II. — Elle n'est pas non plus une cause de réveil de lésions éteintes, lorsqu'elle ne trouble pas les conditions d'existence des malades, ni leur équilibre moral.

Les formes stabilisées ne sont pas influencées par la grossesse, et ce, quel que soit le moment de leur stabilisation qu'elle soit récente ou éloignée.

III. — La grossesse n'est même pas un facteur d'aggravation des formes évolutives, par elle-même, mais à l'état gravide s'ajoute un ensemble de conditions (d'ordre matériel, social, psychique), dont l'influence sur l'évolution de la tuberculose prime dans tout les cas, l'état de grossesse.

Cet ensemble de conditions se trouvant favorable :

— les formes évolutives en voie d'amélioration continuent à régresser et la guérison attendue n'est pas retardée;

— les formes évolutives graves ne font pas une évolution accélérée, au contraire, il existe un phénomène particulier qui fait que tout se passe comme si un sursis était accordé jusqu'à l'accouchement.

IV. — A l'accouchement et dans les suites de couches :

Il n'y a aggravation de la tuberculose que dans les formes où l'évolution s'annonçait sévère, ainsi qu'en témoigne le dossier de ces malades établi préalablement. Toutefois le phénomène particulier qui réalise une stabilisation paradoxale pendant la grossesse, rend compte, dans ces cas, de la brutalité de l'évolution dans le *post-partum*.

Toutes les fois, où l'on a été surpris après l'accouchement par une évolution imprévue, il n'y avait pas eu d'exams antérieurs à la grossesse et à l'accouchement.

L'hypothèse d'une lésion latente ayant passé inaperçue à cause de l'insuffisance ou de l'absence d'examen pulmonaire dans ces cas, paraît être la plus vraisemblable.

V. — En présence d'une femme enceinte, étant donné l'importance que nous attachons aux manifestations latentes de

tuberculose, il importe de réaliser un examen systématique, au point de vue pulmonaire, y compris naturellement l'examen radiographique, examens répétés d'ailleurs aussi souvent qu'il est nécessaire.

Si l'on découvre des manifestations de tuberculose latente ou éteinte, ou même si l'on a une simple suspicion, il y a lieu de mettre ces femmes en surveillance active : supprimer toute cause de surmenage, veiller aux conditions d'hygiène, améliorer les conditions générales en apportant une aide sociale et morale effective.

En particulier, il faudra chez nombre de femmes, cliniquement guéries, lutter contre leur conviction que la grossesse est une éventualité redoutable, préjugé trop souvent rencontré.

VI. — Les règles de surveillance ne doivent pas cesser avec l'accouchement, mais se poursuivre après lui, s'étendre à l'entourage, aux enfants s'il y en a déjà, et en particulier au nouveau-né.

Pour le nouveau-né, en effet, il faut redoubler les soins, puisque séparé de sa mère dans la majorité des cas, il est particulièrement sensible, non pour des raisons en rapport avec la tuberculose, aux facteurs extérieurs.

Il y a lieu de tout mettre en œuvre pour faire disparaître ces causes de mortalité de l'enfant issu de tuberculeux, mortalité qui a pu être considérée comme un argument en faveur de l'avortement systématique.

VII. — Etant donné l'opinion à laquelle nous a amené l'étude de nos observations quant au retentissement de la grossesse sur la tuberculose, nous n'avons guère à envisager la question de l'avortement chez les tuberculeuses.

L'interruption ne peut avoir que des indications exceptionnelles et ne sera discutée que lorsque la tuberculose se compliquera, du fait d'un retentissement de la grossesse sur d'autres organes, le cœur en particulier, ou d'une cause de dystocie.

Vu : *Le Doyen*
ROUSSY

Vu : *Le Président :*
BEZANÇON

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Tuberculose et grossesse (*Journal des Praticiens*, 3 novembre 1934).

ASTRUC. — Tuberculose pulmonaire et grossesse (*Bull. Soc. des Méd. de dispensaire de l'O. P. H. S.*, 1932).

BAR. — Tuberculose compliquée de grossesse (*La Médecine*, mai 1932 n° 8).

BAR et DEVRAIGNE. — De la sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. (*Rev. mens. d'obst. et de gyn.* avril 1905 ; *Obstétrique* 14 avril 1911. Société d'obstétrique de Paris, 1911).

BAYLE. — Traitement de la tuberculose pulmonaire dans la grossesse (*Concours Médical* 12 février 1928).

BERNARD Léon. — Gestation et tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 16 novembre 1921). Rapports entre tuberculose et grossesse (*Académie de Médecine*, 19 décembre 1922). Relations entre la tuberculose pulmonaire et la maternité. (*Paris Médical*, 6 janvier 1923). Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Soc. d'Obst. et de Gyn.* Paris, 23 mai).

BERNARD et DEBRE. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge (*Paris Médical*, 1^{er} juin 1921. *Académie de Médecine*, 5 octobre et 15 mai 1923).

BEZANCON. — La période menstruelle chez les tuberculeuses (*Bulletin Médical*, 1913 N° 83).

BEZANCON et BRAUN. — Les causes morales dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire (*Médecine*, mars 1925).

BRAUN et FREYRAGU. — L'importance du facteur moral dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (*Presse Médicale*, 16 juillet 1930).

BRINDEAU. — Tuberculose et grossesse (*Soc. d'Obst. et de Gyn.* 18 juin 1921). Conduite à tenir dans les cas de tuberculose pulmonaire compliquant la grossesse *Soc. Méd.*, 1912 Tome XXIV page 511 à 513). De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses (*Paris Médical*, 6 janvier 1934). Des indications de l'interruption de la grossesse (*Rev. de la Tub.*, juillet 1931 n° 7). Résultats éloignés de l'avortement chez les tuberculeuses gravides (*Revue de la tuberculose*, n° 1 janvier 1930).

BRINDEAU KOURILSKY et Mme KOURILSKY. — La tuberculose chez les femmes enceintes (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 8 mars 1935). (*Presse Médicale*, novembre 1935).

CHAUFFARD. — Rapports de la tuberculose et de la grossesse (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 14 novembre 1932).

CLEITZ. — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité (*Gyn. et Obst.* Tome VII n° 2 1923).

COIGNET. — Contribution à l'étude de l'interruption de la grossesse chez les femmes tuberculeuses enceintes (*Thèse de Paris*, 1931).

COUVELAIRE. — Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse (*Académie de Médecine*, 23 novembre 1926). Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction chez la femme enceinte tuberculeuse (*Paris Médical*, 17 décembre 1932). Une maternité pour tuberculeuse (*Gyn. et Obst.*, juin 1926 n° 6). Rapports de la tuberculose et de la gravité (*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, de Paris 18 avril 1921). Tuberculose et fonction de reproduction chez la femme (*Médecine et tuberculose*, mai 1927).

COUVELAIRE et LACOMME. — Etat actuel de nos connaissances sur l'hérédité tuberculeuse (*La Médecine*, février 1931).

DEBIENNE. — Grossesse au cours du pneumothorax (*Centre Médical*, n° 5 1928).

DEBRE et LELONG. — Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse (*Ann. de Méd.*, mars, juin, octobre, novembre 1925).

DELMAS P. — Tuberculose et puerpéralité (*Clin. et Lab.* 20 mai 1922). Tuberculose et gestation. Réunion Obstétricale et Gynécologique de Montpellier, 5 décembre 1923.

DUMAREST. — La tuberculose pulmonaire et la grossesse (*Monde Médical*, 1924 n° 655).

DUMAREST et BRETTE. — Grossesse et tuberculose (*Presse Médicale*, 21 juin 1922). (*Acad. de Méd.*, 27 juin 1922 et 3 octobre).

FORSSNER. — Rapport à la conférence de Lausanne 1924, sur les relations entre l'état de gestation et la tuberculose (*Revue de la Tuberculose*, 1934).

FROSTIN. — Le pneumothorax partiel bilatéral dans le traitement de femmes enceintes et accouchées (*Thèse de Paris*, 1927).

FRUHHINSHOLZ. — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} avril 1933).

GENDRON. — Pneumothorax artificiel pratiqué successivement des deux côtés pour tuberculose pulmonaire, grossesse normale intercurrente (*Gaz. Méd. de Nantes*, 15 avril 1924).

JAMMET. — Anergie au cours de la gestation et de la puerpéralité.

JOTTRAS. — Tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel et gestation (*Thèse de Paris*, 1935).

JEANNIN. — Discussion sur les rapports de la gestation et de la tuberculose pulmonaire (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921). De l'influence de la grossesse sur la tuberculose (*Progrès Médical*, n° 28, 9 juillet 1927).

KONOVALOFF. — Contribution à l'étude de la grossesse chez la tuberculeuse pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1931).

KOURILSKY Simonne. — La tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte (*Thèse de Paris*, 1934).

KUSS. — Tuberculose pulmonaire et gestation (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1922).

LANDOUZY. — Héritéité tuberculeuse de graine et l'état diathésique (*Revue Médical*, 1891 p. 411).

LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux (*Thèse de Paris*, 1925).

LE LAURIER. — Une statistique américaine sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose pulmonaire (*Bull. Médical*, septembre 1930).

LÉONARDI. — Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Lyon*, 1935).

METGER. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1922). Tuberculose pulmonaire et état puerpéral. (*Progrès Médical*, janvier 1928).

NOBECOURT ET PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculeuse au cours de la grossesse et de l'allaitement. (*Presse Médicale*, 18 février 1930).

PINARD. — Tuberculose et grossesse. (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 21 novembre 1922). De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. (*Bull. Méd.* 10 juin 1912). (*Ann. d'Obst. et de Gyn.*, juin 1912).

PISSAVY ET LEJARD. — L'avortement thérapeutique chez les femmes tuberculeuses. (*Presse Méd.*, 17 novembre 1926).

RIST. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. (*Soc. d'obst. et gyn.*, 14 mars 1921, *Revue de la Tuberculose*, 1924, n° 6).

RIST, ROLLAND ET RAVINA. — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Société Méd. des Hôpitaux*, 19 nov. 1920).

SERGEANT. — Tuberculose et gestation (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 janvier 1922, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 12 décembre, 19 décembre 1922). Traitement préventif de la tuberculose du post-partum. (*Paris Médical*, 2 janvier 1926). Traitement préventif de la tuberculose du post-partum par l'établissement aussitôt la délivrance par un petit pneumothorax bilatéral. (*Bruxelles Médical*, 1927). Grossesse et tuberculose. (*Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale* du 5 juin 1927). Tuberculose et grossesse. (*Presse médicale*, 5 juillet 1913, *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 22 avril 1922). L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses (*Presse Médicale*, 27 nov. 1926).

SERGEANT, DURAND ET BENDA. — Transmission transplacentaire de la tuberculose, (*Académie de Médecine*, 7 janvier 1926).

SIREDEY. — Discussion sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, février 1922). Rapports

de la tuberculose et de la gravidité (*Soc. d'obst. et de gyn.*, 14 mars et 18 avril 1921).

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LEYSIN. — Tuberculose pulmonaire et grossesse (*Presse Médicale*, juillet 1934).

VIGNES. — Tuberculose et gestation. (*Rev. de Path. comparée et d'hygiène générale*, 5 juin 1927).

VILLEMIN. — Grossesse et tuberculose (*Académie de Médecine*, 5 décembre 1865).

ZINKE. — L'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la tuberculose*, 1932).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I.

Résumé historique :

Les opinions* d'avant-guerre	16
Les idées actuelles	17

CHAPITRE II.

La valeur de l'enfant issu de tuberculeux :

Hérédité de graine	22
Hérédité de terrain	23
Idées actuelles sur la valeur du produit	24

CHAPITRE III.

Modifications apportées à l'organisme maternel par la grossesse et l'accouchement :

I. Modifications susceptibles d'avoir une influence défavorable pendant la grossesse	27
II. Modifications susceptibles d'avoir une influence favorable pendant la grossesse	29
III. Modifications apportées à l'organisme par l'accouchement	31

CHAPITRE IV.

Généralités :

<i>Variabilité des facteurs :</i>	34
a) Grossesse	
b) Tuberculose	
<i>Influence des facteurs sociaux et psychiques</i>	35
<i>Sources de notre étude</i>	39

CHAPITRE V.

Exposé et discussion des observations :

1. <i>Observations où le début apparent de la tuberculose coïncide avec une grossesse :</i>	
Discussion	43
2. <i>Observations de femmes devenues enceintes au cours :</i>	
a) De formes de tuberculose stabilisée	53
Discussion	66
b) De formes de tuberculose en évolution	72
Discussion	87
3. <i>Les poussées évolutives du post-partum</i>	89
4. <i>L'avortement</i>	96

CHAPITRE VI.

Quelle conduite tenir en présence d'une femme enceinte tuberculeuse ?

CONCLUSIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	111

